UNIS dans TOUS les SENS

RAPPORT ANNUEL de GESTION 2009-2010

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour TENDRE L'OREILLE

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

RAPPORT ANNUEL
de GESTION 2009-2010

Conception
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Coordination et adaptation des textes
Geneviève Blain

Contribution
Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

Correction et secrétariat
Odile Raiche

Graphisme
MédiaVox
Conception de la couverture : Acolyte communication

Dépôt légal – 2010
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN version imprimée : 978-2-89340-206-2

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec
Québec

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

55e assemblée régulière du conseil d'administration
Date : 16 juin 2010
Article : CAAD-55-08
Résolution : CAAD-10-21

RÉSOLUTION relative à l'adoption du rapport annuel de gestion 2009-2010 de l'Agence

CONSIDÉRANT l'article 391 de la LSSSS exigeant que les agences déposent, au plus tard le 30 septembre de chaque année, un rapport de leurs activités portant sur l'année se terminant le 31 mars précédent;

CONSIDÉRANT le projet de rapport annuel de gestion 2009-2010 de l'Agence soumis à l'analyse du conseil d'administration à la présente assemblée;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter le rapport annuel de gestion 2009-2010 de l'Agence.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 17 juin 2010

Jean-Denis Allaire,
Président-directeur général

INTRODUCTION

À chaque année, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre compte à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de même qu'à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale, du degré d'atteinte des résultats quant à l'accessibilité et à la qualité des services, de même qu'à l'ajustement aux transformations.

Le présent rapport annuel de gestion pour l'exercice 2009-2010 veut répondre aux exigences des articles 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) en présentant :

- les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par l'entente de gestion et d'imputabilité;
- une déclaration du président-directeur général de l'Agence attestant la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents;
- une description du rôle de l'Agence et un état général de son fonctionnement;
- une indication des objectifs visés en début d'exercice et des résultats obtenus;
- une indication des nouvelles orientations prises;
- une indication des modifications apportées aux activités, y compris les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité, et aux ressources humaines, matérielles et financières;

- les états financiers comprenant un bilan, un état des revenus et dépenses, et un état de l'évolution de la situation financière permettant de comparer chaque poste de l'exercice financier terminé avec celui de l'exercice précédent.

Ce rapport porte également sur les activités des établissements de la région et des organismes communautaires que l'Agence subventionne, y compris les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.

Les informations du présent rapport sont essentiellement regroupées en fonction de l'architecture des services du réseau de la santé et des services sociaux, soit les différents programmes-services destinés à la population en général ou à des problématiques particulières ainsi que les programmes-soutien nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement des établissements.

Pour chacun de ces programmes sont présentés : les résultats relatifs à l'entente de gestion et d'imputabilité sous forme de *fiches de reddition de comptes* (auxquelles le lecteur est invité à porter une attention particulière), les résultats des attentes signifiées, ceux des dossiers prioritaires de l'Agence, ainsi que les autres résultats significatifs atteints en cours d'exercice au regard des autres grandes responsabilités légales de l'Agence.

TABLE DES MATIÈRES 2009-2010

LISTE DES ACRONYMES 11

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 13

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 15

1 **LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC** 17

- Le territoire et la population 17
  - Le territoire et la population de la région 17
  - Les caractéristiques socioéconomiques 18
  - Les habitudes de vie et les facteurs de risque 19
  - L'espérance de vie et la mortalité 20
- Le réseau régional de la santé et des services sociaux 20

2 **L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC** 25

- La mission 25
- L'organisation 26
  - L'organigramme au 31 mars 2010 26
  - Les ressources humaines 27
  - Les ressources financières 28
  - Les ressources informationnelles 28
- Le conseil d'administration 28
- Le rapport de suivi sur l'application du code d'éthique et de déontologie 29
  - Les comités du conseil 30
  - Les instances consultatives au conseil 32
  - Les instances consultatives à la Présidence-direction générale 35

3 **LE PROJET RÉGIONAL ET SES PRINCIPAUX ENJEUX** 39

- L'élaboration d'une nouvelle planification stratégique 40

4 **LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET LES DROITS DES USAGERS** 41

- Le Forum de la population 41
- L'examen des plaintes 42
- La promotion des droits des usagers 43
  - Les rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services 43
  - Les activités de la Table régionale des comités des usagers et des comités de résidents 44
- L'information aux usagers 44

5 **LA QUALITÉ DES SERVICES** 45

- La prestation sécuritaire et la gestion des risques 45
- Les projets réseau en qualité 46
- La démarche d'agrément 46
- L'utilisation des mesures de contrôle (contention) 46
- Les visites d'appréciation de la qualité et les suivis 46
- Les rapports de coroners 46
- Les Prix d'excellence 47
- L'accessibilité linguistique 47
- La santé et le bien-être des femmes et l'analyse différenciée selon les sexes 47
- Les personnes présentant des problématiques multiples et complexes 47

6 **LES AFFAIRES MÉDICALES** 49

- Les effectifs en omnipratique 49
  - Le recrutement de médecins étrangers 50
  - Les mesures incitatives 50
- Les effectifs en spécialités 50
- L'accès aux services médicaux de première ligne 51
  - Les groupes de médecine de famille 51
- La formation universitaire 52
  - La formation médicale décentralisée 52
  - Le campus universitaire et le Programme de formation en Unité de médecine de famille (UMF) 52
- Les activités médicales particulières (AMP) 52

7 **LES MESURES D'URGENCE : SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ** 53

- Le risque nucléaire 53
  - Le Plan de mesures d'urgence nucléaire externe à Gentilly-2 53
- La pandémie de grippe A(H1N1) 53
- Les activités de préparation pour faire face à un sinistre majeur 54

8 **LE PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE** **55**

La promotion et la prévention 55
Les pratiques cliniques préventives 55
Le développement des enfants et des jeunes 56
Les saines habitudes de vie 57
Le développement social et le développement des communautés 59
La santé environnementale 65
La santé au travail 66
Les avis de santé publique 66
La surveillance/évaluation 66
La communication à la population 66

9 **LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE** **69**

Les services psychosociaux généraux 69
Le service régional Info-Santé/Info-Social 70
La violence conjugale et les agressions sexuelles 72

10 **LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT** **73**

Le Plan d'action régional sur le vieillissement 2005-2010 73
Le réseau intégré de services aux aînés 74
Les projets pilotes de soins posthospitaliers 74
Le soutien à domicile et le répit aux proches aidants 74
La prévention des chutes chez les aînés qui vivent à domicile 75
Le recours à l'hébergement 76
Les projets novateurs en hébergement 76
Les projets d'amélioration de l'alimentation en CHSLD 77
La démarche de certification des résidences pour personnes âgées 77

11 **LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE** **79**

Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS 79
Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation 81
Le soutien à l'intégration et à la participation sociale 82

12 **LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT** **83**

Le soutien à la personne, aux proches et à la famille par les CSSS 83
Les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation 85
Le soutien à la famille dans la communauté 85

13 **LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ** **87**

Les services de première ligne dans les CSSS 87
L'entente de complémentarité MELS-MSSS 88
Le Plan de services individualisé et intersectoriel (PSII) 88
Tous les outils dans le même étui 89
Concentrons nos énergies 89
La persévérance scolaire 89
L'Entente multisectorielle 89
Les services spécialisés en Centre jeunesse 89

14 **LE PROGRAMME DÉPENDANCES** **91**

L'alcoolisme et la toxicomanie 91
Le jeu pathologique 92

15 **LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE** **95**

Les services aux jeunes 95
Les services de première ligne 95
Les services de deuxième ligne 95
Les services aux adultes 96
Les services de première ligne 96
Les services de deuxième ligne 99

16 **LE PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE** **101**

Les services d'urgence 101
Les services préhospitaliers d'urgence 103
La traumatologie 103
Les soins palliatifs 104
La cardiologie 105
La lutte au cancer 105
Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein 106
Les mécanismes d'accès 107
L'accessibilité à la chirurgie élective 107
La production chirurgicale 109

La chirurgie bariatrique 109
L'imagerie médicale 109
Les maladies chroniques 109
La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques 109
Le Programme de néphrologie 109
Le diabète 110
Les projets pilotes cliniques musculo-squelettiques 110
La maladie pulmonaire obstructive chronique 110

17 **LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES 111**

Les ressources humaines régionales 111
L'état de situation régionale de la main-d'œuvre 111
La planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel 112
La promotion, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre 112
Le partenariat avec les réseaux de l'éducation et de l'emploi 113
Le développement, le maintien des compétences et la relève 113
L'organisation du travail et le développement des pratiques professionnelles 114
Les mesures incitatives 116
Les mesures de sécurité et de stabilité d'emploi 117
Les ressources informationnelles régionales 119
Les ressources matérielles et immobilières régionales 119

18 **LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 121**

La gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires 121
La reconnaissance 121
Le soutien financier 122
L'augmentation du budget destiné aux organismes communautaires 123
Les données financières des organismes communautaires 125

19 **LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU 135**

Les autorisations d'emprunt accordées aux établissements 135
Les données financières des établissements 137

20 **LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 139**

Le rapport de la direction 139
Le rapport des vérificateurs sur les états financiers condensés 141

ANNEXE A **CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC 165**

LISTE DES ACRONYMES

AÉO	Accueil, évaluation, orientation
AMP	Activités médicales particulières
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
COPIN	Comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDITED MCQ	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de santé et de sécurité au travail
DME	Dossier médical électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier de santé du Québec
DSS	Districts sociosanitaires
ETC	Équivalent temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
HLM	Habitation à loyer modique
IAB	Initiative *Amis des bébés*
ICI	Intervention comportementale intensive
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAPFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
PARSP	Plan d'action régional de santé publique
PCI	Prévention et contrôle des infections
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardiorespiratoire

RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments
SIDEP	Services intégrés de dépistage
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien d'intensité variable
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCV	Taux de couverture vaccinale
TED	Trouble envahissant du développement
TROC	Table régionale des organismes communautaires
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UMF	Unité de médecine familiale
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'année 2009-2010 aura été marquée, sans conteste, par le dossier de la pandémie de grippe A(H1N1). Dès le printemps 2009, le réseau était mobilisé par une première alerte et à l'automne, nous assistions à un mouvement de solidarité rarement vu dans notre réseau de santé et de services sociaux pour assurer la réussite de la plus vaste campagne de vaccination jamais organisée au Québec. Solidarité de tous les gestionnaires, les employés, les médecins et les bénévoles qui ont collaboré avec une grande conscience professionnelle, de près ou de loin, à cette opération. Nous sommes fiers des efforts déployés par tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) qui ont réussi à vacciner 280 000 personnes, soit 58 % de la population de la région.

Un autre événement qui a caractérisé l'année 2009-2010 fut la crise économique. Nous avons été sensibles à la cause des personnes et des familles touchées par cette crise. Ainsi, en juin 2009, le conseil d'administration adoptait une mesure exceptionnelle dans le cadre de la répartition des crédits de réallocation 2009-2010 et accordait un montant non récurrent de 600 000 $ à 28 organismes communautaires s'adressant aux personnes démunies de la région. Cette aide spéciale visait à accroître temporairement leur capacité à desservir leur clientèle essentiellement au niveau de l'aide alimentaire, du dépannage et de l'aide-conseil budgétaire.

Par ailleurs, au cours de l'année, le conseil d'administration de l'Agence a porté une attention particulière à bon nombre de dossiers d'importance parmi lesquels on retrouve :

- le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité des services aux personnes ayant une

déficience 2008-2011 : allocations budgétaires et suivi de déploiement;

- l'adoption du Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012;
- le soutien à l'optimisation du réseau;
- la consolidation des services pour les personnes aux prises avec une dépendance;
- l'invitation adressée aux conseils d'administration du CSSS de Trois-Rivières et du CHRTR à analyser la pertinence d'une fusion des deux établissements.

Bien entendu, l'Agence et les établissements de la région ne ménagent aucun effort afin d'assurer une disponibilité de main-d'œuvre et ainsi éviter des ruptures de services à la population. De nombreuses activités de promotion ont été réalisées pour favoriser le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre. Mentionnons, entre autres, le développement d'un plan de communication régional en soutien aux enjeux de main-d'œuvre, la troisième édition du Salon des carrières et professions en santé et services sociaux, la campagne *ReconnaisSENS* visant à valoriser les 15 000 travailleurs du réseau régional, la Journée régionale des leaders, le site Internet *www.travaillerensante.com,* la production d'une série de capsules sur les métiers et la région, etc.

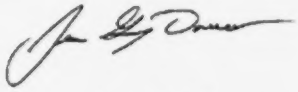
Au niveau médical, signalons quelques réalisations prometteuses : la mise en place d'un premier réseau d'accessibilité médicale à Drummondville, la première cuvée de 27 diplômés en médecine de l'Université de Montréal formés en Mauricie, un programme de formation en gériatrie offert aux omnipraticiens et la performance de notre région, la 2e meilleure au Québec, pour combler les postes autorisés par le Ministère dans son Plan régional d'effectifs médicaux.

Au chapitre des immobilisations, il vaut la peine de souligner que d'importantes annonces ont été faites cette année : le Centre famille-enfant Girardin à Drummondville, la construction d'un nouveau centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de 160 lits sur le site de la Résidence Cooke, de même que l'agrandissement de l'aile B de cette résidence, l'aménagement d'une unité de décision clinique de 12 lits et l'inauguration du Campus de la faculté de médecine de l'Université de Montréal au CHRTR, sans compter tout le travail réalisé pendant l'année avec cet établissement et le Ministère pour préparer l'annonce de la phase II du redéploiement des services. Ces infrastructures permettront d'améliorer à coup sûr la qualité de vie des résidents et des services offerts à notre population.

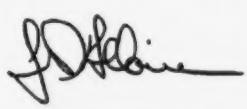
Enfin, c'est avec fierté que nous soulignons que deux projets novateurs ont, à nouveau cette année, attiré l'attention du jury provincial des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux. Le CSSS de l'Énergie a été récipiendaire dans la catégorie de la *Sécurité des soins et des services* pour son projet de formation en hygiène et salubrité, en collaboration avec le Collège Shawinigan, et l'organisme communautaire Point de rue s'est démarqué dans la catégorie *Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables* pour ses plateaux de travail permettant aux jeunes de la rue de s'exprimer par les arts tout en se familiarisant avec le marché du travail. De son côté, le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska a été finaliste dans la catégorie *Partenariat* pour son projet de soutien aux personnes vulnérables dans le réseau des habitations à loyer modique (HLM), réalisé en collaboration avec l'Office municipal d'habitation. Ces honneurs rejaillissent sur notre région et nous félicitons chaleureusement les récipiendaires pour la qualité de leurs projets.

Le mot de la fin sera bref : un merci sincère à tous ceux et celles qui font partie de la grande famille du réseau de la santé et des services sociaux pour votre loyauté et votre altruisme. Sentez-vous tous individuellement remerciés pour votre contribution importante au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de vos clientèles respectives : vous faites la différence!

Bonne lecture!



Jean-Guy Doucet
Président du conseil d'administration



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ
DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

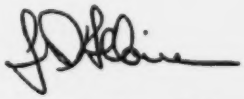
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2009-2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Signé à Trois-Rivières, le 31 août 2010



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

LA RÉGION SOCIOSANITAIRE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

CHAPITRE 1

LE TERRITOIRE ET LA POPULATION

Dans le cadre de la responsabilité légale du directeur de santé publique visant à informer la population de l'état de santé générale et de bien-être des individus qui la composent, ainsi que des problèmes de santé prioritaires et des groupes les plus vulnérables, l'équipe de surveillance/évaluation de la Direction de santé publique a préparé le portrait suivant.

Le territoire et la population de la région

- Vaste territoire de près de 45 000 km^2.
- La cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec.
- La population estimée pour l'année 2010 est de 494 810 personnes :
  - sur ce nombre, 18 % ont moins de 18 ans, 64 % ont entre 18 et 64 ans et 18 % sont âgés de 65 ans et plus, ce dernier pourcentage est supérieur à celui du Québec (15 %);
  - une population de personnes âgées quasiment appelée à doubler d'ici 2031, passant de 90 322 à 166 196, les personnes âgées représenteront alors 32 % de la population régionale (26 % pour le Québec);
  - une population concentrée principalement dans les parties sud et centrale, la partie nord étant très peu peuplée.

- Deux régions administratives forment la région socio-sanitaire :
  - le Centre-du-Québec;
  - la Mauricie.
- Huit municipalités régionales de comté (MRC) et trois villes assumant aussi les responsabilités de MRC :
  - Au Centre-du-Québec :
    - MRC de Nicolet-Yamaska;
    - MRC de Bécancour;
    - MRC de Drummond;
    - MRC d'Arthabaska;
    - MRC de l'Érable.
  - En Mauricie :
    - Ville de La Tuque;
    - MRC de Mékinac;
    - Ville de Shawinigan;
    - MRC de Maskinongé;
    - Ville de Trois-Rivières;
    - MRC des Chenaux.
- Quatre réserves autochtones :
  - Haut-Saint-Maurice : Opiticiwan et Wemotaci;
  - Nicolet-Yamaska : Odanak;
  - Bécancour : Wôlinak.
- La population d'identité autochtone représente environ 1 % de la population totale (environ 5 065 individus). Bien que l'on retrouve deux des quatre réserves amérindiennes au Centre-du-Québec, la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice. Elle représente environ 20 % de l'ensemble de la population de ce réseau local de services.
- Environ 1 % de la population est de langue maternelle anglaise. Bien qu'elle se répartisse dans tous les districts, plus de la moitié de cette population réside dans le territoire de la MRC Drummond et dans la région de Trois-Rivières.
- La population de langue maternelle autre que le français ou l'anglais représente 2,2 %.

Population par groupes d'âge de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Population	2001		2010		2031		Variation	
Groupes d'âge	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	2001-2010	2010-2031
0-17 ans	99 392	20,6	89 517	18,1	87 115	16,5	-9,9 %	-2,7 %
18-39 ans	137 829	28,5	127 571	25,8	115 703	21,9	-7,4 %	-9,3 %
40-64 ans	172 843	35,8	187 400	37,9	159 209	30,1	8,4 %	-15,0 %
65-74 ans	40 439	8,4	48 596	9,8	81 553	15,4	20,2 %	67,8 %
75 ans et plus	32 287	6,7	41 726	8,4	84 643	16,0	29,2 %	102,9 %
Total	**482 790**		**494 810**		**528 223**		**2,5 %**	**6,8 %**

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

Les caractéristiques socioéconomiques

- Une amélioration marquée du niveau de scolarité de 1996 à 2006; la proportion de personnes de 25-64 ans sans diplôme d'études secondaires a chuté de 32 % à 20 % au cours de cette période, mais demeure supérieure au Québec (17 %). La proportion de la population détenant un diplôme universitaire a augmenté de 10 % à 12 %, mais demeure inférieure à celle du Québec (21 %). Ainsi, la région reste davantage sous-scolarisée que la province.
- Une proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu inférieure à celle du Québec (15,6 % contre 17,2 %). Davantage de femmes que d'hommes vivent sous ce seuil (18,7 % contre 15,6 %).
- Le taux d'emploi reste moins élevé que pour l'ensemble du Québec (56 % contre 60 %).

Les habitudes de vie et les facteurs de risque

- Une augmentation de la proportion des personnes obèses depuis la fin des années 1980 (16 % des 18 ans et plus en 2007-2008 contre 7 % en 1987). La proportion d'obèses est semblable chez les hommes et les femmes (17 % contre 16 %), mais les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint (39 % contre 24 %).

- En 2007-2008, 51 % des hommes et 39 % des femmes de 12 ans et plus ne mangeaient pas le minimum recommandé de 5 portions de fruits et légumes par jour.

Population selon les réseaux locaux de services (RLS) et les districts sociosanitaires (DSS)

RLS	DSS	2001	2010	2031	Variation 2001-2010	Variation 2010-2031
Haut-Saint-Maurice	Haut-Saint-Maurice	16 144	15 446	14 759	-4,3 %	-4,4 %
Vallée-de-la-Batiscan	Mékinac	13 045	12 649	12 958	-3,0 %	2,4 %
	des Chenaux	12 356	11 832	12 192	-4,2 %	3,0 %
	Total RLS	**25 401**	**24 481**	**25 150**	**-3,6 %**	**2,7 %**
Centre-de-la-Mauricie	Centre-de-la-Mauricie	66 039	65 572	67 088	-0,7 %	2,3 %
Maskinongé	Maskinongé	23 840	23 525	24 050	-1,3 %	2,2 %
Trois-Rivières	Cap-de-la-Madeleine	46 159	47 378	51 225	2,6 %	8,1 %
	Trois-Rivières	82 457	86 762	92 333	5,2 %	6,4 %
	Total RLS	**128 616**	**134 140**	**143 558**	**4,3 %**	**7,0 %**
Bécancour–Nicolet-Yamaska	Nicolet-Yamaska	23 932	22 814	23 019	-4,7 %	0,9 %
	Bécancour	19 429	19 220	20 431	-1,1 %	6,3 %
	Total RLS	**43 361**	**42 034**	**43 450**	**-3,1 %**	**3,4 %**
Drummond	Drummond	89 593	97 932	113 099	9,3 %	15,5 %
Arthabaska-et-de-l'Érable	Arthabaska	65 336	68 905	75 297	5,5 %	9,3 %
	de l'Érable	24 460	22 775	21 772	-6,9 %	-4,4 %
	Total RLS	**89 796**	**91 680**	**97 069**	**2,1 %**	**5,9 %**

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

- Au chapitre de l'activité physique de loisir chez les adultes de 18 ans et plus, on compte 36 % d'actifs ou très actifs et 25 % de sédentaires. Les jeunes de 12 à 17 ans sont très actifs dans une proportion de 51 %. La sédentarité est en recul depuis une dizaine d'années.

- 26 % des personnes de 12 ans et plus de la région sont des fumeurs actuels, ce qui se compare à la moyenne québécoise. Cette proportion est moindre qu'en 2000-2001 (31 %).

- La région comptait, en 2006-2007, 30 265 personnes diabétiques de 20 ans et plus, soit 8 % de la population de ce groupe d'âge. Ce pourcentage apparaît légèrement plus faible que celui du Québec.

- Près de 16 % de la population de 12 ans et plus présentait une hypertension diagnostiquée en 2007-2008, ce qui se compare au Québec.

- Moins de femmes de la région ont passé un test de PAP : 59 % contre 70 % des Québécoises.

- Une population de 12 ans et plus qui, en 2007-2008, se considère à 58 % en excellente ou en très bonne santé.

- Une proportion de 79 % des personnes de 12 ans et plus qui déclare avoir une excellente ou une très bonne santé mentale. Cette valeur est comparable au Québec.

- Avec 21 % des hospitalisations, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'hospitalisation. Elles sont suivies des maladies de l'appareil digestif et des maladies de l'appareil respiratoire (12 % chacun), des tumeurs et des traumatismes et des empoisonnements (10 % chacun).

- Une répartition des principales causes d'hospitalisation qui diffère peu selon le sexe, sauf pour les maladies

cardiovasculaires qui sont à l'origine de 24 % des hospitalisations des hommes contre 17 % chez les femmes.

- Les allergies non alimentaires sont le premier problème de santé rapporté (19 % des 12 ans et plus), mais en proportion moindre qu'au Québec. Les autres problèmes les plus répandus sont les maux de dos (16 %), les problèmes d'arthrite ou de rhumatisme (12 %), l'hypertension (16 %) et les migraines (9 %).

- La région affiche une incidence plus élevée pour la chlamydiose génitale (213 pour 100 000 contre 203 pour 100 000 pour le Québec).

L'espérance de vie et la mortalité

- Une augmentation de l'espérance de vie, entre 1981-1983 et 2004-2006, de 5,6 ans chez les hommes et de 2,6 ans chez les femmes pour atteindre respectivement des valeurs de 77,3 ans et de 82,6 ans. Les hommes de la région gardent une espérance de vie inférieure à celle de l'ensemble des Québécois.

- Une espérance de vie dans la région soumise comme ailleurs à la défavorisation sociale et matérielle. Les hommes des communautés les moins favorisées ont une espérance de vie de cinq ans inférieure à celle des hommes des communautés plus favorisées.

- Une diminution marquée de la mortalité infantile au cours des 25 dernières années pour passer de 9,5 décès pour 1 000 naissances à 5,0 décès pour 1 000 naissances de nos jours.

- Les cancers et les maladies cardiovasculaires demeurent, avec respectivement près de 31 % et de 28 % des décès, les deux principales causes de mortalité entre 2004 et 2006 :

  - Une décroissance de la mortalité par maladie cardiovasculaire à l'instar du Québec. Le taux ajusté est passé de 462 à 184 décès pour 100 000 personnes en vingt ans.

  - Une diminution du taux ajusté de mortalité par cancer, chez les hommes, du début des années 1980 à 2004-2006, mais une augmentation du taux pour les femmes de la région, comparativement à une stabilité du taux de l'ensemble des femmes du Québec.

  - Le cancer du poumon, de la trachée et des bronches, le cancer colorectal et le cancer de la prostate sont, en importance, les cancers entraînant le plus de décès chez les hommes. Chez les femmes, il s'agit du cancer du poumon, de la trachée et des bronches, du cancer du sein et du cancer colorectal.

- Un taux de mortalité par suicide supérieur à celui du Québec et qui, à l'encontre de la situation québécoise, n'a pas connu de diminution récente (24 pour 100 000 en 1995-1999 à 23 pour 100 000 en 2003-2006). Le taux des hommes reste nettement supérieur à celui des femmes (36 pour 100 000 contre 10 pour 100 000 pour les femmes).

- Un important taux de mortalité par traumatisme non intentionnel dans la région comparativement au Québec (36 contre 28 pour 100 000) surtout chez les hommes. Les accidents de la route sont à la source de cette surmortalité.

LE RÉSEAU RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Au 31 mars 2010, le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec était constitué de 15 établissements, répartis en 148 installations, pour une capacité globale de quelque :

  - 2 713 lits d'hébergement permanent inscrits aux permis des CHSLD;

  - 42 lits d'hébergement temporaire en CHSLD;

  - 45 lits d'hébergement permanent de santé mentale;

  - 933 lits de santé physique;

  - 127 lits de psychiatrie;

  - 94 lits de gériatrie;

  - 138 places en unité de réadaptation pour les jeunes en difficulté;

  - 40 lits de réadaptation fonctionnelle intensive en déficience physique;

  - 60 places en atelier de travail et 447 en centre d'activités de jour pour les personnes présentant une déficience intellectuelle;

- 30 places en interne pour les personnes aux prises avec une dépendance;

- 8 centres de santé et de services sociaux :
  - les huit portent les missions de type CLSC et CHSLD,
  - quatre des huit portent également la mission de type centre hospitalier (CH) (les CSSS du Haut-Saint-Maurice, de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable),
  - trois autres opèrent une urgence mineure 24/7 et quelques lits en unité de courte durée gériatrique (les CSSS de Maskinongé, de Trois-Rivières et de Bécancour–Nicolet-Yamaska),
  - le CSSS de l'Énergie assume le mandat régional en santé mentale,
  - le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska est mandataire de la réponse Info-Santé/Info-Social pour la Mauricie et le Centre-du-Québec.

- Le CHRTR, où sont offerts des services généraux et spécialisés en santé physique et en santé mentale, dont les services à mandat régional suivants :

  - la néphrologie, avec deux unités satellites reliées par télémédecine : Hôpital Ste-Croix (CSSS Drummond) et Hôtel-Dieu d'Arthabaska (CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable);

  - la cardiologie;

  - la microbiologie médicale;

  - la pneumologie;

  - la rhumatologie;

  - l'hématologie;

  - la gastro-entérologie;

  - l'endocrinologie;

  - la neurochirurgie, dans le cas du mandat secondaire régional en traumatologie;

  - la chirurgie orthopédique dans le cas du mandat secondaire régional en traumatologie;

  - la chirurgie thoracique et vasculaire;

  - la médecine nucléaire pour les procédures exigeant l'utilisation du TEP Scan;

  - la radio-oncologie avec un centre de radiothérapie et une responsabilité régionale en vertu du Programme national de lutte contre le cancer.

Le CHRTR est reconnu à titre de campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, ce qui permet, avec la collaboration du CSSS de l'Énergie, l'implantation du curriculum complet du Programme de médecine.

- Les quatre centres de réadaptation à vocation régionale :

  - le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec;

  - le Centre de réadaptation InterVal;

  - le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CRDITED MCQ) – Institut universitaire;

  - Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.

- Les deux CHSLD privés conventionnés :

  - le Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.;

  - le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan.

- La région comptait également au 31 mars 2010 sur :

  - la Maison des naissances de la Rivière à Nicolet, où l'équivalent de 6,2 sages-femmes (équivalent temps complet (ETC)) ont accompagné un total de 196 naissances en 2009-2010, dont 27 à domicile; le taux de transfert en centre hospitalier se situe à 20 %;

  - 194 ressources intermédiaires (RI) et 822 ressources de type familial (RTF), pour un total de 4 087 places accréditées où résidaient 3 959 personnes selon les programmes-services :
    - perte d'autonomie liée au vieillissement : 55 RI, 41 RTF, 1 027 places,
    - déficience intellectuelle : 114 RI, 192 RTF, 911 places,
    - jeunes en difficulté : 5 RI, 519 RTF, 1 458 places,
    - santé mentale : 20 RI, 70 RTF, 691 places;

- 223 organismes communautaires reconnus par l'Agence comme œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux;

- 12 entreprises ambulancières, comptant 407 techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et 56 véhicules répartis sur l'ensemble du territoire qui ont effectué environ 42 467 transports en 2009-2010;

- le Centre de communication santé (CCS) pour la réception et le traitement des appels d'urgence et l'affectation des ressources préhospitalières (ambulances et premiers répondants) couvrant la totalité de la région;

- 21 groupes de médecine de famille (GMF), situés dans les RLS d'Arthabaska-et-de-l'Érable (4), Drummond (5), Bécancour–Nicolet-Yamaska (3), Maskinongé (1), Haut-Saint-Maurice (1), Centre-de-la-Mauricie (3) et Trois-Rivières (4) auxquels s'ajoute une quarantaine de cliniques médicales privées;

- 12 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique qui ont dispensé plus de 577 039 heures de services en 2009-2010;

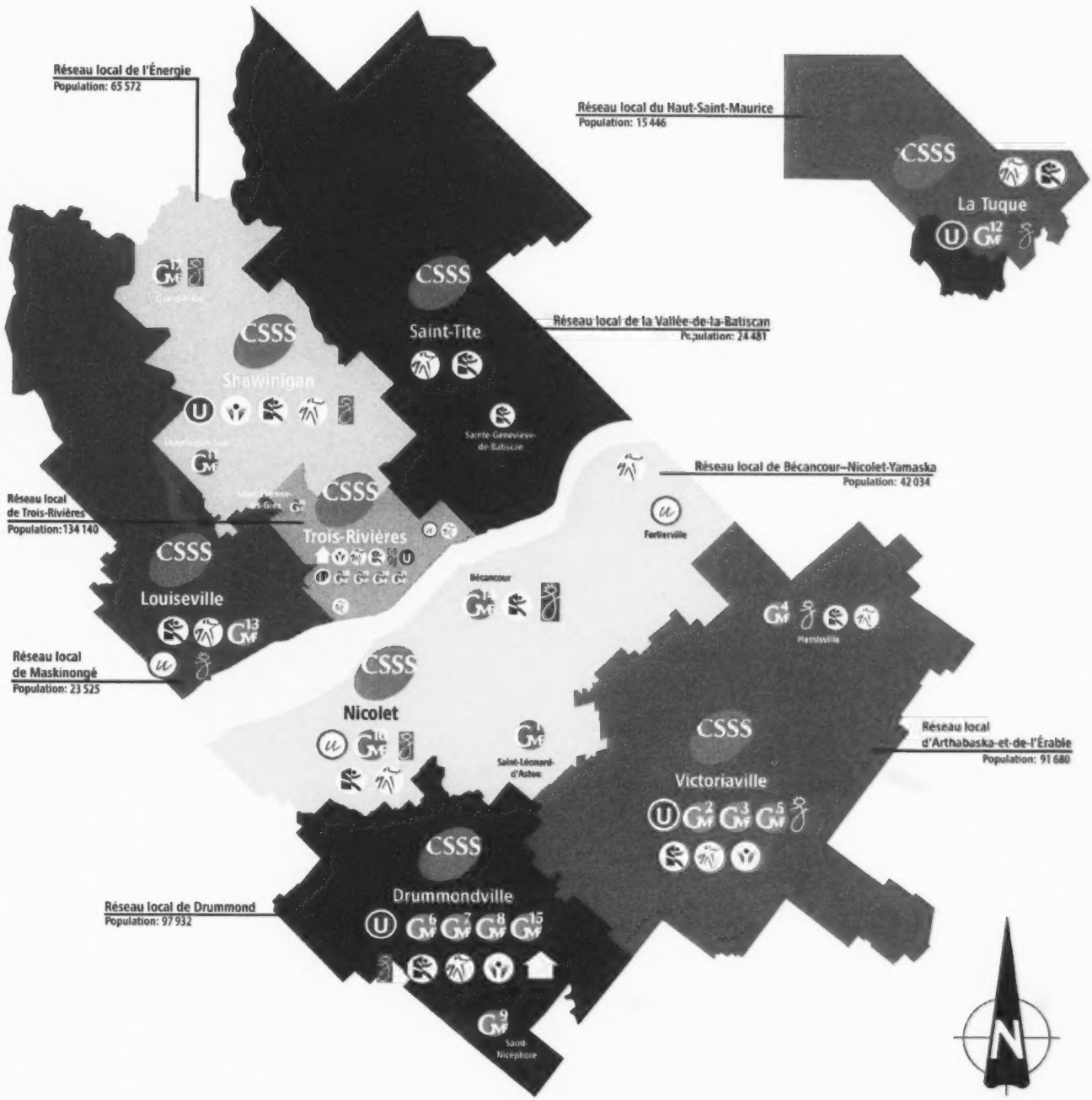
- un Technocentre et un Infocentre régional;

- une Coopérative des services regroupés en approvisionnement de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Carte du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Québec



Territoires de RLS	Établissements
du Haut-Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
du Centre-de-la-Mauricie	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
	CHSLD Vigi Les Chutes (installation privée conventionnée)
de la Vallée-de-la-Batiscan	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
de Trois-Rivières	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
de Maskinongé	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
de Bécancour–Nicolet-Yamaska	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
	Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc. (installation privée conventionnée)
de Drummond	Centre de santé et de services sociaux Drummond
Établissements à mission régionale	
Réadaptation	
Dépendances	Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
Déficience physique	Centre de réadaptation InterVal
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire
Jeunesse/famille	Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Centre hospitalier	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Légende

Urgence
- Majeure
- Mineure

Établissements à mission régionale
- Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec Institut universitaire
- Centre de réadaptation Interval

Agence de la santé et des services sociaux

GMF
1 : GMF Saint-Léonard
2 : GMF Bois-Francs 1
3 : GMF Bois-Francs 2
4 : GMF Bois-Francs 3
5 : GMF Bois-Francs 4
6 : GMF Centre médical AJC
7 : GMF Centre de santé
8 : GMF Centre médical St-François
9 : GMF Clinique médicale de St-Nicéphore
10 : GMF Clinique médicale de Nicolet
11 : GMF Clinique médicale de Shawinigan-Sud
12 : GMF du Haut-Saint-Maurice
13 : GMF clinique médicale St-Laurent
14 : GMF de la MRC de Bécancour
15 : GMF Centre Médical Drummond
16 : GMF Les Grès
17 : GMF Grand-Mère
18 : GMF de Trois-Rivières
19 : GMF-UMF de Trois-Rivières
20 : GMF Clinique de médecine familiale des Récollets
21 : GMF clinique médicale Ste-Madeleine

Centre de santé et de services sociaux
- Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
- Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
- Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
- Centre de santé et de services sociaux Drummond
- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Source : MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

CHAPITRE 2

LA MISSION

En association avec ses partenaires, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour mission de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

À cette fin :

- Elle assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et en est imputable au ministre.
- Elle porte une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, et ce, dans une perspective populationnelle.
- Elle crée des conditions favorables à l'émergence de huit réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent, à la responsabilité populationnelle et à la hiérarchisation des services de santé et des services sociaux.
- Elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Notamment, elle propose et convient, avec les établissements et autres acteurs des réseaux communautaires et institutionnels, de la contribution qu'elle attend d'eux dans le respect des responsabilités de chacun.

- Elle veille à un accès comparable à des services continus et de qualité dans les territoires.

- Elle assure la protection de la santé publique de la population de la région sociosanitaire et met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, des programmes de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population.

L'ORGANISATION

Le Plan d'organisation de l'Agence a été révisé en 2009. Les modifications apportées au plan adopté en 2006 s'inscrivent à la fois dans une perspective de développement, en visant la consolidation du soutien et de la coordination du personnel et des fonctions de l'Agence, mais aussi de continuité, en préservant les propriétés les plus dynamiques et positives de notre organisation.

L'Agence se présente ainsi comme une organisation caractérisée par :

- sa souplesse et sa capacité d'adaptation rapide aux événements;

- son fonctionnement décloisonné;

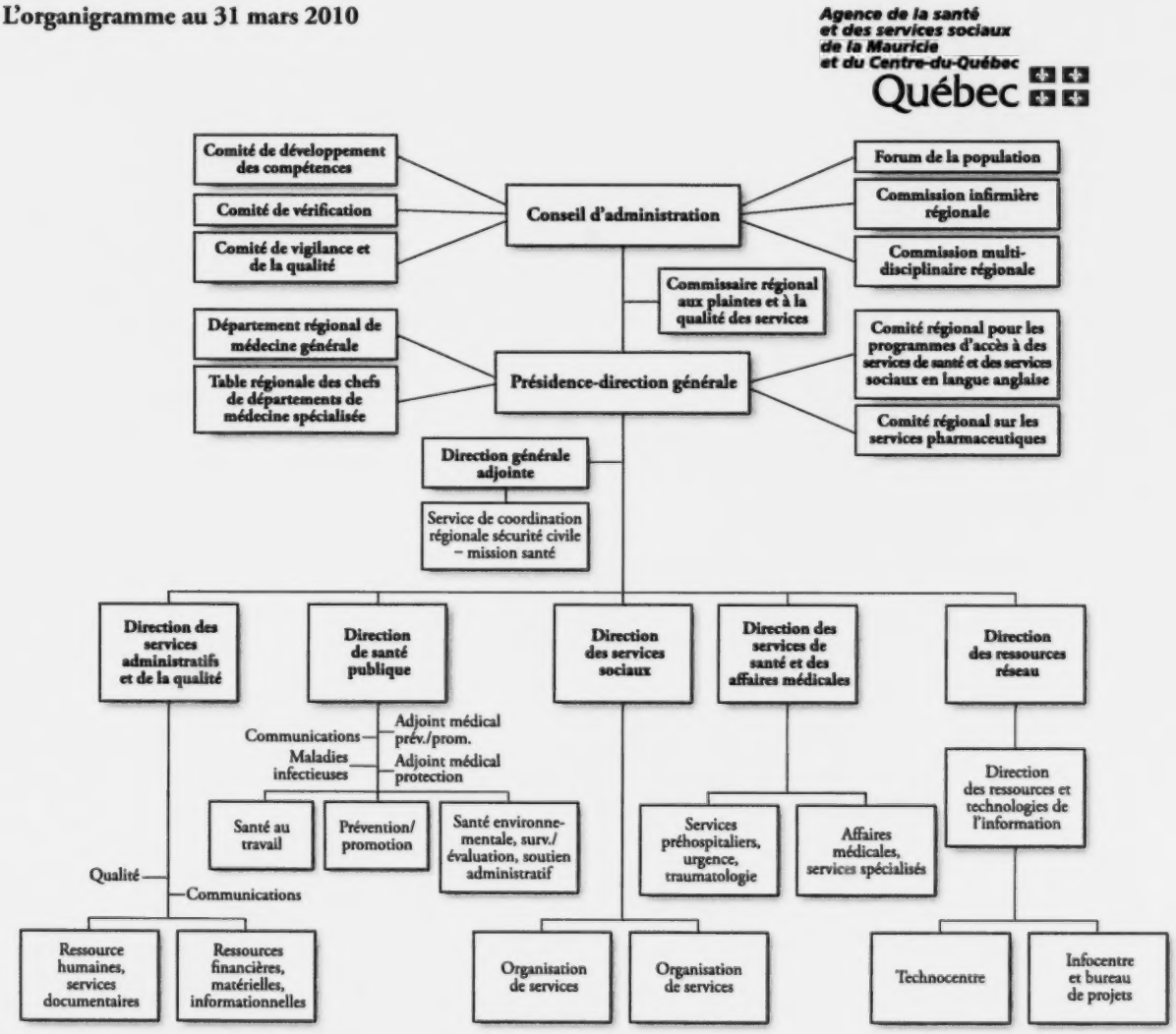
- la reconnaissance de la capacité de responsabilisation et d'intervention des professionnels;

- l'accessibilité aux directeurs;

- la présence d'une équipe de direction plutôt que d'une équipe de directeurs;

- la qualité du climat organisationnel.

L'organigramme au 31 mars 2010



Les ressources humaines

Effectifs au 31 mars 2010		31 mars 2010	31 mars 2009
Les cadres			
- Temps complet	(hors cadres)	2	2
	(cadres supérieurs)	7	7
	(cadres intermédiaires)	12	9
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)		0	0
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi		0	0
Les employés réguliers			
- Temps complet (c) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		160	152
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		8,4	9,8
Les occasionnels			
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice		25 738	51 698
Équivalents temps complet (b)		14,09	28,3

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

(c) Inclus les postes affectés au Technocentre régional (15), à l'Infocentre régional (7,8) et en libération syndicale permanente (1).

Les postes de direction :

- président-directeur général;
- directeur général adjoint;
- directeur des services administratifs et de la qualité;
- directeur des ressources réseau;
- directeur des ressources informationnelles;
- directeur des services de santé et des affaires médicales;
- directeur de santé publique;
- directeur des services sociaux.

Un poste de cadre supérieur, autre que direction :

- commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les postes de cadres intermédiaires :

- chef de service – ressources financières, matérielles et informationnelles;
- chef de service – ressources humaines et services documentaires;
- chef de service – organisation de services (2 postes);
- coordonnatrice régionale en santé au travail (contrat de services avec la Commission de santé et de sécurité au travail – CSST);
- chef de service – santé environnementale, surveillance/évaluation et soutien administratif;
- chef de service – prévention/promotion;
- chef de service – affaires médicales et services spécialisés;
- chef de service – services préhospitaliers, urgence et traumatologie;
- chef de service – Technocentre;
- chef de service – Infocentre et bureau de projets;
- chef de service – coordination régionale en sécurité civile.

En outre, au 31 mars 2010, l'Agence pouvait compter sur la contribution (en équivalent temps complet) de 14,31 médecins, 1,34 dentiste et 0,43 pharmacien.

Les ressources financières

Le budget d'exploitation de l'Agence totalisait 11 200 000 $ en 2009-2010, comparativement à 10 900 000 $ en 2008-2009. La moitié de ce budget est consacrée aux fonctions de santé publique, soit 5 600 000 $, alors que l'autre moitié est affectée à la coordination du réseau. La croissance enregistrée lors du dernier exercice financier s'explique principalement par l'augmentation des coûts de systèmes salariaux.

Budget en provenance du MSSS	2009-2010	2008-2009	Variation
Budget de l'Agence	5 584 862 $	5 421 270 $	163 592 $
Budget de la DSP	5 622 617 $	5 512 081 $	110 536 $
Total du budget d'exploitation	**11 207 479 $**	**10 933 351 $**	**274 128 $**
Fonds des activités accessoires	80 536 $	121 300 $	-40 764 $
Fonds des activités régionalisées	4 188 179 $	4 545 276 $	-357 097 $
Fonds affectés [1]	30 167 211 $	29 507 517 $	659 694 $

[1] Excluant les fonds Immobilisations et Équipements

Les ressources informationnelles

Le Technocentre régional, géré par l'Agence, assure l'hébergement d'applications et le soutien aux établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'aux GMF de la région. Il répond à environ 9 500 demandes d'assistance par année, portant principalement sur plus d'une trentaine de systèmes d'information (de nature clinique, clinico-administrative et administrative) et sur les infrastructures (le réseau de télécommunications, les systèmes d'exploitation, les logiciels antivirus, les serveurs d'accès, etc.). Pour les infrastructures et les applications critiques, le soutien du Technocentre est assuré 24 heures par jour. Le Technocentre se préoccupe également de la mise en place d'infrastructures de sécurité protégeant les données et les équipements régionaux.

L'Infocentre régional a pour but de faciliter l'accès des établissements aux données stratégiques permettant d'améliorer et de mesurer la qualité des services ainsi que d'évaluer les résultats des mesures mises en place. Plusieurs banques de données sont ainsi accessibles aux établissements, par le biais d'un portail et des outils tels que la cartographie d'indicateurs, selon différents découpages territoriaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mandat
Le conseil d'administration administre les affaires de l'Agence et en exerce tous les pouvoirs. Il a notamment pour fonctions :

- D'identifier les priorités relatives aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir.
- De répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.
- De nommer les cadres supérieurs et le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M[me] Denise Beaumier-Ferland
Collège *Cooptation*
Shawinigan

M. Christian Carrier
Collège *Table des chefs de département de médecine spécialisée*
Trois-Rivières

M[me] Denise Chandonnet
Collège *Comités des usagers des établissements*
Shawinigan

M. Éric Chevalier
Collège *Organismes socioéconomiques*
Trois-Rivières

M. Camille Couture
Collège *Organismes représentatifs du milieu syndical*
Trois-Rivières

M. Vianney Croteau
Collège *Centres de santé et de services sociaux*
La Tuque

M^me^ Patricia Ladouceur
Collège *Cooptation*
Louiseville

M. Jean-Guy Doucet, président
Collège Établissements à mission régionale
Saint-Léonard-d'Aston

M^me^ Julie Beaulieu
Collège *Cooptation*
Drummondville

M. Vincent Guay
Collège *Commission multidisciplinaire régionale*
Victoriaville

M. Gérald Lapierre, vice-président
Collège *Organismes socioéconomiques*
Drummondville

M^me^ Josée Panneton
Collège *Commission infirmière régionale*
Trois-Rivières

M. Paul Pépin
Collège *Département régional de médecine générale*
Saint-Léonard-d'Aston

M^me^ Denise Pronovost
Collège *Organismes du milieu communautaire*
Champlain

M. Rémi Tremblay
Université du Québec à Trois-Rivières
Trois-Rivières

Poste vacant (M. Daniel Sicotte, jusqu'au 10 février 2010)
Collège *Organismes du secteur public de l'enseignement*

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints

Le conseil d'administration a tenu sept rencontres en 2009-2010, dont trois assemblées extraordinaires. Outre les questions relatives à la répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières, les questions suivantes ont également fait l'objet d'une attention particulière de la part du conseil d'administration :

- le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité des services pour les personnes ayant une déficience;
- la révision du Plan d'organisation de l'Agence;
- la désignation des membres du Forum de la population;
- les plans régionaux des effectifs médicaux;
- l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- la prévention et le contrôle des infections nosocomiales;
- les mesures de contrôle (contention et isolement) dans les établissements;
- la reconnaissance d'organismes communautaires;
- la démarche de certification des résidences pour personnes âgées;
- les critères de reconnaissance des ressources intermédiaires, des familles d'accueil et des résidences d'accueil;
- la démarche exploratoire en vue d'une fusion entre le CSSS de Trois-Rivières et le CHRTR;
- le Plan directeur régional en traumatologie;
- le code d'éthique et de déontologie du personnel de l'Agence.

LE RAPPORT DE SUIVI SUR L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (voir annexe A) prévoit que

le rapport annuel de l'Agence doit faire état, pour l'année écoulée, des données suivantes relatives au suivi de l'application du code :

- le nombre de cas traités et leur suivi;
- le nombre et la nature des manquements constatés;
- les décisions et sanctions imposées;
- le nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

Pour l'année 2009-2010, aucune situation de manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été signalée ou traitée, aucune décision ou sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Conformément aux règles du code d'éthique et de déontologie, la déclaration d'intérêts et l'engagement à respecter le code sont signés par tous les administrateurs.

Les comités du conseil

Le comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.
- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou autres utilisateurs de services.

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M^me^ Denise Beaumier
Collège *Cooptation*

M^me^ Denise Chandonnet
Collège *Comités des usagers des établissements*

M^me^ Denise Pronovost
Collège *Milieu communautaire*

M. Denis Grenier
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

M. Jean-Denis Allaire
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints
Le comité a tenu quatre rencontres en 2009-2010. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- les recommandations et suivis du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le suivi des dossiers prioritaires du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- le suivi des dossiers des coroners;
- le rapport annuel des plaintes;
- l'accueil des nouveaux membres;
- la prestation sécuritaire des services;
- les mesures de contrôle;
- le bilan des activités du comité pour la période allant de septembre 2008 à août 2009;
- l'appréciation du fonctionnement du comité.

Le comité a déposé six recommandations au conseil d'administration portant sur les sujets suivants :

- Que les recommandations émises par le coroner et les suivis afférents fassent l'objet d'un sujet statutaire à l'ordre du jour du comité de vigilance.
- Dans une perspective d'amélioration continue des outils présentés au comité, que soient inscrites au rapport des conclusions et recommandations du commissaire, les actions envisagées par l'Agence pour les cas jugés non satisfaisants.
- Que tous les établissements produisent un rapport annuel selon la forme et le contenu exigés par la circulaire ministérielle 2008-010.
- Qu'il y ait un suivi aux recommandations des coroners selon le système d'information actuel.
- Qu'il y ait une surveillance des maladies nosocomiales selon les prescriptions de la Direction de santé publique de l'Agence.
- Que soit implanté de manière progressive un formulaire

standardisé permettant de recueillir des données sur l'application des mesures de contention.

Le comité de vérification

Mandat
Le comité de vérification, sous l'autorité du conseil d'administration, a pour fonctions :

- De procéder à l'analyse des prévisions budgétaires annuelles à être soumises au conseil d'administration.
- De procéder à l'examen périodique de l'évolution de la situation budgétaire de l'Agence en comparaison avec les prévisions adoptées par le conseil d'administration.
- D'assurer le suivi de la gestion financière par :
  - la connaissance au préalable des contrôles financiers internes existants à l'occasion de discussions avec la permanence de l'Agence;
  - l'examen des renseignements financiers découlant de l'application de ces contrôles internes (rapports périodiques internes, rapports requis par le MSSS);
  - le suivi des recommandations, s'il y a lieu, du Vérificateur général concernant la gestion financière.
- De procéder à l'examen des états financiers de l'Agence.
- De présenter au conseil d'administration les états financiers annuels, accompagnés de commentaires et recommandations, s'il y a lieu.
- De ratifier tous les trois mois les avances et les remboursements des frais de déplacement du président du conseil d'administration.

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M. Éric Chevalier
Collège *Organismes socioéconomiques*

M. Vianney Croteau
Collège *Centres de santé et de services sociaux*

M. Jean-Guy Doucet
Collège *Établissements à mission régionale*

M. Gérald Lapierre
Collège *Organismes socioéconomiques*

Poste vacant
(M. Daniel Sicotte, collège *Organismes du secteur public de l'enseignement,* jusqu'au 10 février 2010)

Résultats atteints
Le comité a tenu trois rencontres en 2009-2010. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le suivi du Plan de vérification 2008-2009;
- le rapport financier annuel 2008 de l'équipe régionale de la santé au travail;
- le rapport financier annuel consolidé 2008 de la santé au travail;
- le rapport financier annuel 2008-2009 de l'Agence;
- les prévisions budgétaires 2009-2010 de l'Agence;
- les rapports financiers périodiques de l'Agence;
- le Programme de vérification 2009-2010.

Le comité a déposé six recommandations au conseil d'administration pour l'adoption des rapports financiers périodiques et des rapports financiers annuels de l'Agence pour l'exercice financier 2009-2010.

Le comité de développement des compétences

Mandat
Le comité de développement des compétences, sous l'autorité du conseil d'administration, a pour fonctions :

- De proposer une politique de développement des compétences visant à structurer et encadrer les activités à offrir aux membres du conseil au regard des compétences appropriées à acquérir, individuellement et collectivement, pour la réalisation optimale de leur mandat.
- De conseiller la mise en place de moyens et d'activités de soutien favorisant le développement des compétences requises pour l'accomplissement optimal du mandat des membres du conseil.
- De conseiller et soutenir l'organisation des activités d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouveaux membres du conseil.

- D'identifier des thématiques annuelles de formations « sur mesure » ou planifiées pour les membres du conseil.

- De contribuer à la préparation de l'évaluation annuelle du fonctionnement du conseil.

- De s'assurer de la mise en place d'activités bisannuelles d'appropriation du code d'éthique et de déontologie.

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M. Vincent Guay
Collège *Commission multidisciplinaire régionale*

M^me^ Patricia Ladouceur
Collège *Cooptation*

M. Gérald Lapierre
Collège *Organismes socioéconomiques*

M. Jean-Denis Allaire
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints
Ce comité a tenu une rencontre en 2009-2010. Au cours de cette réunion, le travail a porté sur l'identification d'une thématique de formation qui sera réalisée à l'automne 2010.

Les instances consultatives au conseil

Le Forum de la population

Mandat
Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence :

- D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être.

- De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services.

- Donner son avis sur le Plan stratégique pluriannuel et sur le Plan d'action régional de santé publique (PARSP).

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M. Mario Alain
Trois-Rivières

M^me^ Georgette Asselin
Nicolet

M^me^ Lise Carignan
Victoriaville

M^me^ Sophie Gélinas
Yamachiche

M^me^ Julie Gosselin
Trois-Rivières

M^me^ Nathalie Goyens
Fortierville

M. Michel Lemire
Grand-Saint-Esprit

M^me^ Liette H. Moreau, présidente
Trois-Rivières

M. François Munyabagisha
Drummond

M^me^ Lise Tanguay Provencher
Sainte-Marie-de-Blandford

M. François Rheault
Victoriaville

M. Pierre Rodrigue
Victoriaville

M^me^ Lucie Tremblay-Arbour
La Tuque

M^me^ Marie-France Turcotte, vice-présidente
Trois-Rivières

M. Louis Vanasse
Shawinigan

Résultats atteints
Le Forum de la population a tenu sept rencontres en 2009-2010, dont une rencontre d'introduction en raison du renouvellement de sa composition en juin 2009. Au cours

de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- la structure du réseau régional, les responsabilités de l'Agence et le mandat du Forum;
- les groupes de médecine de famille;
- les responsabilités de l'Agence au regard de la certification des résidences privées pour personnes âgées;
- le rapport 2008-2009 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, de la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits et le rapport semestriel du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- la campagne de promotion sur le régime d'examen des plaintes;
- les résultats d'un sondage auprès de la population sur la brochure *Accès-Santé;*
- la campagne de promotion du programme *Alcochoix +;*
- le Colloque 2011 sur la communication des risques liés aux matières dangereuses;
- la pandémie de grippe A(H1N1);
- la planification stratégique régionale 2010-2015.

Le Forum a transmis au conseil d'administration :

- une résolution témoignant de sa reconnaissance à l'endroit du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de la pandémie de grippe A(H1N1);
- une recommandation d'appui au mémoire présenté par les directeurs régionaux de santé publique relativement à l'étatisation des jeux d'argent sur Internet;
- un avis favorable relativement au Plan stratégique régional 2010-2015.

La Commission multidisciplinaire régionale

Mandat

La Commission multidisciplinaire régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région de même que sur la planification de la main-d'œuvre à la lumière des plans régionaux d'organisation des services.
- Certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région.
- Les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Liste des membres (au 31 mars 2010)

M[me] Marie-Claude Blais
Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines sociaux
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

M[me] Gisèle Dumas
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaine social
CSSS de l'Énergie

M[me] Liette Côté
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines de la réadaptation et de la santé
CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska

M. Paul Désilets
Collège des gestionnaires du domaine social
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M. François Gallant
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaine social
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

M. Vincent Guay
Collège de l'enseignement collégial
Cégep de Victoriaville

M. Yves Houle
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines techniques
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

M[me] Sophie Lacasse
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines techniques
Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M^me^ Guylaine Milot
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines techniques
CSSS de Maskinongé

M^me^ Jocelyne Moreau
Collège de l'enseignement universitaire dans les domaines de la santé
Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières

M^me^ Nicole St-Pierre
Collège des conseils multidisciplinaires des établissements
Domaines de la réadaptation et de la santé
CSSS du Haut-Saint-Maurice

M^me^ Anick Sauvageau
Membre observatrice
Centre de réadaptation InterVal

M. Serge Beauchamp
Membre d'office
Pour le président-directeur général de l'Agence

Poste vacant (M^me^ Maryse Cantin, CHRTR, jusqu'au 3 septembre 2009)
Collège des gestionnaires du domaine de la réadaptation et de la santé

Résultats atteints
La Commission multidisciplinaire régionale a tenu cinq rencontres en 2009-2010, dont une en conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- la planification stratégique régionale 2010-2015;
- la stratégie régionale d'actions en planification de la main-d'œuvre.
- Certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers.
- Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

La Commission infirmière régionale

Mandat
La Commission infirmière régionale est principalement responsable envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services.

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M^me^ Hélène Beauchesne
Collège de l'enseignement collégial
Cégep de Victoriaville

M^me^ Anne Bolduc
Membre observatrice
CSSS Drummond

M^me^ Michèle Côté
Collège de l'enseignement universitaire
Université du Québec à Trois-Rivières

M^me^ Michelle Carignan
Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires
CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan

M^me^ Denise Fillion
Collège des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers
CSSS Drummond

M. Martin Foisy
Membre observateur
CSSS de Trois-Rivières

M^me^ Denise Gauvin
Membre du comité des infirmières et des infirmiers
CHRTR

M. Sylvain Giguère
Collège des gestionnaires des soins infirmiers des établissements
Centre de réadaptation InterVal

M^me^ Sylvie Girard
Collège des gestionnaires des soins infirmiers des établissements
CSSS du Haut-Saint-Maurice

M^me^ Catherine Laquerre
Collège des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers
CSSS de Maskinongé

M. Jean-Paul Marcoux
Membre du comité des infirmières et des infirmiers
CRDITED MCQ – Institut universitaire
CLSC de l'Érable

M^me^ Evlyn Matthieu
Membre d'office
Agence de la santé et des services sociaux

M^me^ Josée Panneton
Collège des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

M^me^ Dolorès Pronovost
Collège des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires
CSSS de l'Énergie

M^me^ Peggy Richard
Infirmière praticienne spécialisée (membre cooptée)
CSSS de l'Énergie

Résultats atteints
La Commission infirmière régionale a tenu cinq rencontres en 2008-2009 dont une par conférence téléphonique. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- la planification stratégique régionale 2010-2015;
- la stratégie régionale d'actions en planification de la main-d'œuvre.

Les instances consultatives à la Présidence-direction générale

Le Département régional de médecine générale

Mandat
Le Département régional de médecine générale (DRMG), sous l'autorité du président-directeur général, a les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique.
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux.
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux.
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières.
- Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux.
- Donner son avis sur tout projet relatif à la dispensation des services médicaux généraux.
- Assurer la mise en place et l'application des décisions de l'Agence en ces domaines et en évaluer l'atteinte des objectifs.

Liste des membres du comité de direction
(au 31 mars 2010)
D^re^ Manon Bernier
Table médicale territoriale d'Arthabaska-et-de-l'Érable

D^r^ Réjean Duplain
Table médicale territoriale de Trois-Rivières

D^r^ Benoît Gervais
Table médicale territoriale de Drummondville

D^r^ Guy Gingras
Table médicale territoriale du Haut-Saint-Maurice

D^r^ Guy Grenier
Table médicale territoriale de Maskinongé

D^r^ Jocelyn Hébert
Table médicale territoriale de Bécancour–Nicolet-Yamaska

D^r^ Denis Huot
Table médicale territoriale de l'Énergie

D^re^ Christine Jacques
Table médicale territoriale de la Vallée-de-la-Batiscan

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints
Le comité de direction du DRMG a tenu neuf rencontres en 2009-2010. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le renouvellement des accréditations des GMF;
- les offres de service pour de nouveaux GMF;

- les ordonnances collectives en 1re ligne;
- les infirmières praticiennes spécialisées en 1re ligne;
- la situation des urgences périphériques;
- le dossier médical électronique (Omnimed);
- la formation en gériatrie;
- le colloque sur les GMF;
- le Plan régional d'effectifs médicaux;
- le guichet d'accès pour les patients orphelins;
- les activités médicales particulières;
- l'informatisation des GMF et du réseau;
- les coopératives de santé;
- les cliniques-réseau;
- la planification stratégique régionale 2010-2015.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mandat
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les principales responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés.
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés.
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés.
- Donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments.
- Donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Liste des membres du comité de direction
(au 31 mars 2010)
Dr Christian Carrier
Membre élu
Médecine de laboratoire
CHRTR

Dr Georges Dufour
Membre élu
Chirurgie
CSSS de l'Énergie

Dr Simon Falardeau
Membre élu
Médecine
CSSS Drummond

Dr Jean-Claude Cantin
Membre coopté
Pédiatrie
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Dr Georges Desrochers
Membre coopté
Médecine
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Représentant du Centre-du-Québec

Dr Gilles Faust
Membre observateur
RUIS
Université de Sherbrooke

Dr Pierre Gagné
Membre observateur
RUIS
Université de Montréal

Dr Jacob-Philipp Haddad
Membre observateur
Chirurgie
CHRTR
Représentant de la Mauricie

Dr Pierre Lapointe
Membre observateur
Psychiatrie
CSSS de l'Énergie

D[r] Michel Leblanc
Membre observateur
Médecine nucléaire
CHRTR

D[r] Stéphane Pelletier
Membre observateur
Anesthésiologie
CSSS Drummond

D[r] Luc St-Pierre
Membre observateur
Gynécologie obstétrique
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints
Le comité de direction de la Table des chefs de département de médecine spécialisée a tenu cinq rencontres en 2009-2010. Au cours de ces réunions, les principales questions suivantes ont été abordées :

- le dossier ECG – 12 dérivations pour les services préhospitaliers d'urgence;
- les ententes interétablissements en imagerie médicale;
- la méthodologie de répartition des enveloppes de maintien-renouvellement et de développement des équipements médicaux;
- la mise en place d'un comité régional pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde;
- la grippe A(H1N1) et ses impacts sur la population et les services;
- la néonatalogie : désignation de l'établissement régional;
- le mécanisme d'accès en imagerie médicale;
- le Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés;
- l'unité de soins intensifs fermés à implanter au CHRTR;
- la planification stratégique régionale 2010-2015.

Le comité régional des services pharmaceutiques

Mandat
Le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments.
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M. Nicolas Blanchette
Membre nommé
Pharmacien propriétaire

M[me] Hélène Lamy
Membre nommée
Pharmacienne salariée CSSS de l'Énergie

M[me] Louise Deshaies
Membre élue
Pharmacienne propriétaire

M. Mathieu Lapointe
Membre nommé
Pharmacien-chef CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

M. Charles Fortier
Membre élu
Pharmacien-chef CSSS Drummond

M[me] Chantal Morissette
Membre élue
Pharmacienne salariée communautaire

M[me] Isabelle Jacques
Membre nommée
Pharmacienne salariée communautaire

M. Jean-Denis Allaire
Membre d'office
Président-directeur général de l'Agence

Résultats atteints
En 2009-2010, le comité régional sur les services pharmaceutiques a tenu cinq rencontres, dont une en conférence téléphonique et une assemblée générale régionale. Au cours de ces réunions, les questions suivantes ont été abordées :

- la mise à jour et le suivi concernant la planification régionale de l'organisation des services pharmaceutiques – circuit du médicament;
- les ordonnances collectives locales : traitement de la chlamydia;
- les ordonnances collectives régionales : thérapie de remplacement à la nicotine et pédiculose;
- le programme *0-5-30 combinaison prévention* en santé publique et les saines habitudes de vie;
- la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques;
- la planification de la main-d'œuvre;
- la pandémie de grippe A(H1N1);
- la communication du profil pharmacologique d'un usager pour les patients hospitalisés;
- la planification stratégique régionale 2010-2015.

Le comité pour les programmes d'accès en langue anglaise

Mandat
Le comité pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise est responsable de donner son avis sur les programmes d'accès à des services en langue anglaise élaborés par l'Agence, évaluer ces programmes et, le cas échéant, y suggérer des modifications.

Liste des membres (au 31 mars 2010)
M[me] Carol Chiasson
Collège *Population anglophone*
Trois-Rivières

M[me] Charlotte Dousett
Collège *Population anglophone*
Trois-Rivières

M[me] Mary-Frances Enright
Collège *Associations communautaires*
Saint-Félix-de-Kingsey

M. Jay Grivell
Collège *Population anglophone*
Shawinigan

M[me] Maria Lavoie
Collège *Milieux scolaires anglophones*
Commission scolaire Central Québec

Résultats atteints
Le comité pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise a tenu une rencontre en 2009-2010, au cours de laquelle la mise en œuvre de la politique régionale d'accessibilité linguistique et l'évolution du projet de constitution d'une banque régionale d'interprètes ont été les principaux sujets abordés. Le comité n'a émis aucune recommandation au conseil d'administration.

LE PROJET RÉGIONAL ET SES PRINCIPAUX ENJEUX

CHAPITRE 3

Voilà plusieurs années que le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec est animé par la réalisation d'un projet régional puisant son assise dans le modèle régional d'organisation de services adopté en 2004, qui visait l'émergence de huit réseaux locaux de services au sein d'un réseau régional cohérent et fonctionnel. Ce modèle a donné un nouveau souffle au réseau régional, et ce, en continuité des plans régionaux de transformation (1996) et de consolidation (1999).

Il est utile de rappeler les objectifs poursuivis et la dynamique régionale préconisée :

- Objectifs :
  - améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des services tout en intégrant les orientations et priorités ministérielles;
  - agir en amont des problèmes sociaux et de santé;
  - rendre accessibles, dans chaque territoire de RLS, tous les services possibles;
  - assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés;
  - assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources de toute nature confiées au réseau.

- Dynamique régionale :
    - appuyée sur une forte dynamique de concertation et de coordination Agence-réseau permettant de développer une vision partagée;
    - priorité à la réponse concrète aux besoins des personnes et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
    - arrimage avec le milieu médical et avec le mouvement communautaire;
    - arrimage avec les partenaires intersectoriels (scolaires, municipaux, gouvernementaux, conférences régionales des élus et autres).

L'ÉLABORATION D'UNE NOUVELLE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

L'exercice 2009-2010 complète le cycle quinquennal 2005-2010. Dans le cadre de ses fonctions reliées à l'organisation des services, l'Agence doit doter la région d'un plan stratégique pluriannuel pour les années 2010 à 2015.

Pour ce faire, l'Agence a adopté et réalisé une démarche d'élaboration et de consultation mettant à contribution les établissements, le milieu communautaire de la région ainsi que plusieurs partenaires sectoriels et intersectoriels.

Partant d'une vision partagée à l'égard des ambitions de la région, le plan stratégique visera à résoudre, à l'intérieur de cet horizon de cinq ans, quatre enjeux déterminants pour lesquels une action concertée s'avère essentielle. Les enjeux retenus devront :

- modifier une situation ou un phénomène important de l'environnement et influencer de manière notable l'avenir du réseau;
- interpeller une partie importante ou la totalité du réseau;
- permettre au réseau d'améliorer sa performance.

La grande majorité des consultations auprès des groupes ciblés ont été réalisées en 2009-2010. Aussi, les enjeux régionaux, les orientations de même que les axes d'intervention sont stabilisés.

Le Plan stratégique régional 2010-2015 sera adopté par le conseil d'administration de l'Agence puis approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux au cours des prochains mois. Dès lors, un nouveau projet régional mobilisant l'ensemble des acteurs et partenaires concernés prendra forme. Enfin, de ce Plan stratégique régional découleront des plans d'action qui préciseront les moyens privilégiés pour atteindre les objectifs ainsi que la contribution de chaque acteur.

LA PARTICIPATION DE LA POPULATION ET LES DROITS DES USAGERS

CHAPITRE 4

LE FORUM DE LA POPULATION

- Lors de son assemblée du 17 juin 2009, le conseil d'administration a procédé au renouvellement de la composition du Forum de la population.

- Le processus menant à la désignation de ces 15 nouveaux membres a été effectué conformément à l'entente administrative intervenue entre l'Agence et les conférences régionales des élus du Centre-du-Québec et de la Mauricie, qui énonce des critères à respecter pour assurer une représentativité équilibrée. L'entente prévoit également la formation d'un comité d'analyse des candidatures, chargé de transmettre au conseil une proposition de composition respectueuse des paramètres énoncés.

- Les membres du Forum de la population sont désignés pour une période de trois ans.

- Les premières rencontres du Forum ont donné aux membres l'occasion de se familiariser avec leur rôle, de même qu'avec les responsabilités de l'Agence et la structure du réseau. Au terme de l'année 2009-2010, un bilan factuel des activités du Forum a permis de dresser la liste des dossiers abordés en cours d'année et des sujets qui interpellent les membres. Ce bilan alimentera les discussions de la première rencontre entre le Forum et le conseil d'administration de l'Agence, qui se tiendra à l'automne 2010.

L'EXAMEN DES PLAINTES

L'amélioration de la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont assurés notamment par le traitement diligent des plaintes et la conduite d'interventions par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

Les tableaux qui suivent présentent un bilan des plaintes traitées et des interventions effectuées par le commissaire régional de l'Agence, par les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région.

Plaintes conclues par l'Agence, par type d'instance	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Organismes communautaires	22	17	16
Services préhospitaliers d'urgence	20	20	16
Services et fonctions de l'Agence	2	6	7
Résidences pour personnes âgées	32	21	21
Total	**76**	**64**	**60**

Interventions de l'Agence, par type d'instance	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Organismes communautaires	3	0	0
Services préhospitaliers d'urgence	10	3	10
Résidences pour personnes âgées	42	40	33
Services et fonctions de l'Agence	3	1	0
Résidences privées pour clientèle vulnérable	0	0	3
Total	**58**	**44**	**46**

Bilan des dossiers de plaintes conclues par les établissements, par mission	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Centres hospitaliers	522	596	588
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	128	138	108
Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	85	93	110
Centres jeunesse	76	84	79
Centres de réadaptation	47	49	39
Total	**858**	**960**	**924**

Bilan des catégories de motifs de plaintes conclues par les établissements	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Accessibilité	167	262	284
Soins et services dispensés	393	497	539
Relations interpersonnelles	217	314	347
Organisation du milieu et ressources matérielles	125	151	171
Aspect financier	115	118	102
Droits particuliers et autres objets	56	101	106
Autre	1	N/D	N/D
Total	**1 074**	**1 443**	**1 549**

Bilan des dossiers d'interventions conclues par les établissements	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Centres hospitaliers	210	185	192
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	54	57	33
Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	47	59	77
Centres jeunesse	13	11	9
Centres de réadaptation	2	3	5
Total	**326**	**315**	**316**

N. B. : Une plainte peut compter plusieurs objets.

L'un des principaux objectifs du régime d'examen des plaintes est de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et au respect des droits des usagers. À ce sujet, il est intéressant de jeter un regard sur le nombre de motifs de plaintes qui ont permis d'identifier des mesures correctives. Ainsi, il est pertinent de mentionner que des mesures correctives sont identifiées pour près de 62 % des motifs de plaintes et d'interventions dont le traitement a été complété par le commissaire régional. Cette proportion est d'environ 50 % dans le cas des plaintes traitées et des interventions effectuées par les commissaires locaux des établissements de la région. Dans le cas des plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien traitées par les médecins examinateurs des établissements, des mesures correctives ont été identifiées dans près de 42 % des motifs de plaintes. Ces données permettent de mesurer l'efficacité et la contribution du traitement des plaintes à l'amélioration de la qualité des services.

LA PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Les différents rapports des commissaires aux plaintes et à la qualité des services font état des mécanismes mis en œuvre pour faciliter l'accès au régime des plaintes, notamment par la promotion du régime d'examen des plaintes.

D'autre part, en vertu de la LSSSS, l'Agence a la responsabilité de développer des mécanismes de protection des usagers, de promotion et de défense de leurs droits. À cet égard, notre région s'est dotée de deux mécanismes qui favorisent l'intégration des actions de l'Agence, du commissaire régional, des commissaires locaux et des comités des usagers et de résidents en ce domaine. La coordination de ces mécanismes est confiée au commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Les rencontres régionales des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services

Ces rencontres ont pour but d'assurer la cohérence et l'harmonisation des pratiques reliées au traitement des plaintes des usagers et à l'exercice des fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes est toujours associé à ces rencontres.

Faits saillants 2009-2010

Les commissaires ont tenu six activités au cours de l'année en 2009-2010, quatre rencontres et deux journées de formation. Ces activités visent principalement à aborder différentes questions en lien avec la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, notamment :

- la planification de mécanismes de promotion du régime d'examen des plaintes;
- l'échange d'informations sur différents aspects du traitement des plaintes et l'harmonisation des pratiques des commissaires aux plaintes;
- la consolidation des liens avec les instances nationales tels le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Protecteur du citoyen;
- l'harmonisation des rapports annuels sur l'examen des plaintes.

Les journées de formation ont porté sur les aspects suivants :

- examen des plaintes et troubles de la personnalité;
- rédaction des conclusions de plainte.

Les activités de la Table régionale des comités des usagers et des comités de résidents

La Table régionale des comités des usagers et comité de résidents vise notamment à :

- informer et outiller les comités dans l'exercice de leurs fonctions;
- procurer un lieu de partage et d'échanges sur les pratiques et activités des comités;
- réaliser des activités visant à accroître la visibilité des comités au sein de la population et du réseau de la santé et des services sociaux.

Faits saillants 2009-2010

La Table régionale a tenu quatre rencontres en 2009-2010. Au cours de ces réunions, les principales questions abordées ont été les suivantes :

- échange d'outils de promotion sur les droits entre les comités des usagers;
- partage d'information sur les activités et les rapports annuels des comités des usagers;
- rapport annuel régional sur la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;
- rapport annuel du Protecteur du citoyen;
- présentation du bilan des activités au Comité régional des directeurs généraux;
- la Semaine régionale des comités des usagers et des comités de résidents, visant à accroître la visibilité des comités au sein de la communauté et des établissements;
- la Journée régionale des comités des usagers et des comités de résidents, visant à favoriser l'échange d'information entre les comités, notamment sur les sujets suivants :
  - le consentement libre et éclairé,
  - la représentativité et la représentation des usagers,
  - le Dossier de santé du Québec (DSQ).

L'INFORMATION AUX USAGERS

Cette année, le Bureau du commissaire régional a répondu à 309 demandes d'assistance. La réponse à ces demandes peut prendre la forme d'une aide à la formulation d'une plainte ou d'une assistance concernant un soin ou un service. À ce sujet, le commissaire a, entre autres, transmis de l'information générale, clarifié certains éléments, référé l'appelant vers la bonne ressource, agit à titre de conciliateur et, en quelques occasions, a intercédé auprès de collaborateurs.

LA QUALITÉ DES SERVICES

CHAPITRE 5

LA PRESTATION SÉCURITAIRE ET LA GESTION DES RISQUES

- Un état de situation, réalisé en janvier 2010, a permis d'établir le niveau de conformité des établissements à l'égard de chacune des dispositions de la loi 113 portant sur la prestation sécuritaire des soins et des services. Ainsi, tous les établissements de la région :
  - ont un comité de gestion des risques;
  - ont adopté, par voie de règlement, une politique de divulgation des accidents ainsi que des règles pour la déclaration obligatoire des incidents et accidents;
  - alimentent leur registre local à partir de l'application d'un système d'information.
- Tous les établissements de la région (sauf deux ayant conservé l'application GESRISK et étant en attente d'une modalité de migration de leurs données) ont déployé le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) et alimentent de façon continue le registre national.
- Afin de standardiser la production de données sur la gestion des risques dans le rapport annuel des établissements, la Direction des services administratifs et de la qualité de l'Agence a rappelé le contenu de la circulaire ministérielle 2008-010 et a proposé de traiter les informations de la manière suivante : un rappel des principaux constats, la formulation des recommandations et un bref état de situation des suivis. Cette harmonisation

devrait permettre de réaliser des analyses régionales et des actions concertées à l'égard de la gestion des risques.

- Le programme de formation AMPRO (approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux) a démarré au CHRTR (incluant un groupe de sages-femmes) et débutera prochainement dans les autres établissements de la région visés par ces activités.

LES PROJETS RÉSEAU EN QUALITÉ

- Depuis 2007, l'Agence a dégagé un budget récurrent de 100 000 $ dans le but de soutenir les établissements dans le cadre de projets réseau en matière de qualité.

- En 2009-2010, les établissements ci-dessous ont développé et expérimenté un questionnaire d'intégration de la qualité qui permet de réaliser un diagnostic différentiel sur la gestion intégrée de la qualité :

  - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire;
  - Centre de réadaptation InterVal;
  - Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé;
  - Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.

LA DÉMARCHE D'AGRÉMENT

- Selon la modalité administrative mise en place par l'Agence qui permet de faire un état de situation pour l'année 2009-2010 :

  - 12 établissements se sont inscrits dans un processus d'agrément;
  - 6 établissements ont terminé la démarche d'agrément et 4 d'entre eux ont reçu un rapport final : un établissement a reçu un rapport final sans condition, un second a reçu un rapport final avec condition et les deux autres ont reçu un rapport final avec des recommandations.

L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE (CONTENTION)

- Avec la permission de la Direction ministérielle de la qualité, l'Agence a présenté aux directions de soins infirmiers des établissements les principaux changements contenus dans le projet ministériel de cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle et a convenu des travaux à mener pour assurer les suites à cette présentation.

- Un exercice similaire a été réalisé auprès des représentants des établissements à vocation régionale de la région.

LES VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ ET LES SUIVIS

Pour la période concernée, deux installations appartenant à des établissements exerçant une mission CHSLD ont été visitées dans le cadre du programme des visites ministérielles et un plan d'amélioration a été élaboré pour chacune d'entre elles. Au total, dans la région, depuis le début de la mise en œuvre de la démarche d'appréciation de la qualité en 2003-2004, 19 installations d'établissements ont été visitées de même que 80 RI-RTF. L'Agence poursuit l'accompagnement de cinq installations en CHSLD et de quatre RI-RTF pour le suivi des plans d'amélioration.

Rappelons rapidement que ces visites ont pour but d'apprécier la qualité des services au sein de ces installations et d'évaluer l'état d'avancement des orientations ministérielles concernant le milieu de vie. Pour chacune des visites effectuées, un rapport comportant des recommandations a été produit. Les établissements sont invités à élaborer un plan d'action pour assurer le suivi des recommandations.

LES RAPPORTS DE CORONERS

- Pour l'année 2008-2009, les résultats des travaux menés par un établissement de la région visé par la recommandation d'un coroner au sujet de l'analyse d'un protocole de soins médicaux à l'urgence sont toujours attendus.

- Pour l'année 2009-2010, trois établissements de la région ont été visés par des rapports de coroners au regard de services médicaux prodigués à des personnes

qui sont par la suite décédées. Un suivi est attendu de la part de ces établissements concernant des recommandations émises par les coroners.

LES PRIX D'EXCELLENCE

Pour l'édition 2009-2010 des Prix d'excellence, neuf candidatures ont été reçues à l'Agence et trois de ces dossiers ont franchi l'étape de l'évaluation régionale.

Le projet *Le métier de salubriste : un impératif pour la sécurité des soins et des services,* présenté par le CSSS de l'Énergie, a remporté les grands honneurs dans la catégorie *Sécurité des soins et des services.* L'organisme communautaire Point de rue a remporté le Prix d'excellence dans la catégorie *Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables* grâce au projet *Plateaux de travail - Point de rue.* De plus, le projet *Soutien aux personnes vulnérables dans le réseau des HLM* du CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska a été retenu comme finaliste au niveau provincial.

L'ACCESSIBILITÉ LINGUISTIQUE

L'Agence, en collaboration avec la Direction régionale du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles et les organismes d'accueil des immigrants, a travaillé à la mise sur pied d'un réseau régional d'interprètes.

Par ailleurs, un bilan de l'implantation du Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise a été réalisé par l'Agence, avec la collaboration des établissements.

LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES FEMMES ET L'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES

- L'Agence contribue financièrement aux deux ententes spécifiques 2007-2010 en matière d'égalité entre les femmes et les hommes; l'une pour la Mauricie et l'autre au Centre-du-Québec.

- L'Agence participe à la Table des partenaires en environnement et santé des femmes de la Mauricie.

- Aucun besoin de formation au regard de l'analyse différenciée selon les sexes n'a été exprimé au cours de l'année.

LES PERSONNES PRÉSENTANT DES PROBLÉMATIQUES MULTIPLES ET COMPLEXES

- L'Agence a identifié, séquencé et amorcé les étapes du déploiement des mesures annoncées dans le *Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples,* et ce, avec la collaboration des établissements concernés. Ces mesures visent à consolider les compétences du réseau ainsi qu'à améliorer l'offre de service pour les personnes présentant des problématiques multiples associées à un potentiel de dangerosité.

- Plus précisément, le complément annonce quatre mesures spécifiques dont le déploiement s'amorce progressivement. Le CRDITED MCQ – Institut universitaire, en collaboration avec les partenaires du réseau, est mandaté pour la mise en place d'un centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement et d'une ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive. Le CSSS de l'Énergie, quant à lui, est mandaté pour la mise en place d'un service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire et d'un service d'évaluation externe.

LES AFFAIRES MÉDICALES

CHAPITRE 6

LES EFFECTIFS EN OMNIPRATIQUE

Les multiples représentations par l'Agence et le DRMG font en sorte que le Ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) reconnaissent toujours la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec comme ayant une forte pénurie d'effectifs médiaux en omnipratique du Québec avec seulement 82,4 % d'atteinte de ses besoins.

Effectifs médicaux en omnipratique	2009-2010	2008-2009
Médecins en place (ETC)	454	438
Besoins normalisés (ETC)	550	530
Écart selon les besoins	97	92
% d'atteinte du Plan d'effectifs de la région	82,4 %	82,6 %
% d'atteinte du Plan d'effectifs du Québec	87,0 %	90,7 %

- En 2009, 30 nouveaux médecins ont obtenu des avis de conformité pour pratiquer dans notre région, alors que le ministre en avait autorisé 25. Malgré l'arrivée de ces nouveaux médecins, la région ne réussit pas à combler l'écart pour ses besoins reconnus à 550 médecins omnipraticiens. Quatre médecins ont quitté la région.

- Le DRMG va continuer ses représentations auprès de la FMOQ et du MSSS pour modifier la méthodologie de répartition des nouveaux médecins afin de favoriser la Mauricie et le Centre-du-Québec.

Plan d'effectifs en omnipratique	2009-2010	2008-2009
Objectif de croissance	25	25
Recrutement (avis de conformité)	30	28
Départ	4	16
Ajout net	26	12

Le recrutement de médecins étrangers

- En 2009-2010, 36 médecins ont été parrainés par les établissements de la région. De ce nombre, 5 ont réussi l'examen du Collège des médecins du Québec, alors que 13 ont échoué l'examen de leur dossier ou abandonné la démarche en cours de route.
- On compte 25 dossiers de parrainage actifs au 31 mars 2010. Ce sont donc 11 spécialistes et 14 omnipraticiens qui poursuivent leur démarche pour débuter un stage d'évaluation à l'automne 2010.

Recrutement de médecins étrangers parrainés par les établissements Omnipraticiens	2009-2010	2008-2009
Parrainés par les établissements	36	36
Permis de pratique obtenu	5	3

Les mesures incitatives

L'Agence a obtenu quatre nouveaux forfaits d'accessibilité pour favoriser l'installation de médecins dans la région, dont deux ont été octroyés par le DRMG.

LES EFFECTIFS EN SPÉCIALITÉS

Le dynamisme des établissements dans la recherche de nouveaux médecins résidents, la rigueur des règles de gestion et la participation accrue de la région aux travaux des comités de gestion des plans d'effectifs médicaux des réseaux universitaires intégrés de santé de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke ont eu pour effet d'améliorer de façon appréciable le recrutement, notamment dans les spécialités de base.

- La région comptait 340 postes occupés par des spécialistes en avril 2009 et ce nombre est passé à 353 en mars 2010. La chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique, la pédiatrie, la psychiatrie et la radiologie diagnostique sont les spécialités où, dans certains établissements, le nombre de postes non comblés est problématique. Le CSSS du Haut-Saint-Maurice a réussi à combler la majorité de ses postes vacants avec les médecins étrangers qu'il avait parrainés. Le CSSS Drummond a également recruté deux pédiatres qui ont obtenu leur permis restrictif et un autre est sur le point de le faire.
- Le taux d'atteinte du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité est de 91,5 % pour l'ensemble des spécialités. Pour les spécialités de bases, le taux d'atteinte du PREM est de 93 % tandis que pour les spécialités régionales il est de 87,7 %. Au cours de l'année, 23 recrutements ont été réalisés par les établissements tandis que l'on a observé 2 départs à la retraite. Le recrutement net a été de 21 spécialistes. Cependant, 18 d'entre eux ne sont pas encore en place et s'installeront après le 31 mars 2010.

État du PREM en spécialité (individus) au 31 mars 2010	Mars 2010		Mars 2009	
	PREM	Octroyés	PREM	Octroyés
▪ Spécialités de base et locales	272	253	272	245
▪ Spécialités régionales	114	100	114	95
Total	**386**	**353**	**386**	**340**
Postes vacants[1]	**46**		**52**	
Dépassements temporaires (dérogations)	**13**		**6**	
Pourcentage d'atteinte du PREM :				
▪ Spécialités de base et locales	93,0 %		88,9 %	
▪ Spécialités régionales	87,7 %		83,3 %	
Toutes les spécialités	**91,5 %**		**88,1 %**	
Mouvements :				
Recrutement	23		16	
Départs	2		1	
Ajout net	**21**		**15**	

[1] Dans certaines spécialités le nombre total de postes octroyés est supérieur au PREM autorisé dans un établissement (dérogations). Le nombre global de postes vacants ne tient pas compte de ces dépassements et reflète le nombre réel dans chaque établissement.

L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Selon les données rendues disponibles par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), en 2009-2010, 64,9 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec était inscrite auprès d'un médecin de famille. Chez les personnes âgées de 70 ans et plus, cette proportion grimpe à près de 90,1 %. Globalement, la région se place ainsi au 5e rang, comparativement aux autres régions du Québec, en ce qui a trait à l'inscription auprès d'un médecin de famille, ce qui, toutefois, n'en garantit pas l'accès en tout temps.

Les groupes de médecine de famille

Les 21 GMF accrédités comprennent 241 médecins et 34 infirmières équivalents temps complet. Au 31 mars 2010, environ 219 973 personnes étaient inscrites, soit 44 % de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Groupes de médecine de famille en Mauricie et Centre-du-Québec au 31 mars 2010			
GMF accrédités par territoire	Nombre	Nombre de médecins (incluant médecin responsable)	Personnes inscrites
Mauricie	9	93	53 021
Centre-du-Québec	12	148	166 952

LA FORMATION UNIVERSITAIRE

La formation médicale décentralisée

En 2009, les établissements de la région ont connu un nombre très appréciable de stages de résidents et d'étudiants en externe dans le cadre de la formation médicale décentralisée. Un budget de 893 217 $ a été autorisé par le MSSS pour supporter les établissements. Ainsi, 97 étudiants et résidents provenant des 4 facultés de médecine ont effectué l'équivalent de 1 164 mois-stage dans 4 établissements de la région.

Le campus universitaire et le Programme de formation en Unité de médecine de famille (UMF)

- L'évolution du campus universitaire de la Faculté de médecine de Montréal, situé au CHRTR, s'est poursuivie avec l'arrivée de 32 nouveaux étudiants en prémédecine en septembre 2009 à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Ceux-ci s'ajoutent aux 62 étudiants de la première et deuxième année et aux 60 en externat.
- Quinze résidents de médecine familiale ont été formés à l'UMF de Trois-Rivières et onze autres résidents à l'UMF de Shawinigan.

Programme de formation médicale décentralisée Médecins de famille et spécialité de base	2009-2010	2008-2009
Externat et résidence Mois-stage répartis dans la région	**1 164**	**972**

Provenance des étudiants : principalement de trois facultés de médecine.

Faculté de médecine de l'Université de Montréal Campus de Trois-Rivières	2009	2008
Prémed	32	32
Première	32	32
Deuxième	32	32
Externat 1	32	32
Externat 2	32	32
TOTAL	**160**	**160**

Les étudiants de prémed, première et deuxième année reçoivent la formation à l'UQTR. Pour l'externat, les étudiants seront dirigés principalement au CHRTR et au CSSS de l'Énergie (Shawinigan).

Programme de formation Unité de médecine de famille	2009-2010	Estimé 2010-2011
UMF de Trois-Rivières		
Nombre de résidents 1	9	10
Nombre de résidents 2	11	9
UMF de Shawinigan		
Nombre de résidents 1	4	4
Nombre de résidents 2	7	5

LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (AMP)

L'octroi des AMP sur le territoire se fait sous la supervision du DRMG et de l'Agence en fonction des règles précisées par le Ministère. Le DRMG réévalue régulièrement, avec l'aide des tables médicales territoriales, les secteurs de services à prioriser dans chacun de nos territoires pour l'octroi des AMP aux nouveaux médecins qui débuteront leur pratique.

LES MESURES D'URGENCE : SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

CHAPITRE 7

LE RISQUE NUCLÉAIRE

Le Plan de mesures d'urgence nucléaire externe à Gentilly-2

- Direction des travaux de planification concernant l'évaluation de la contamination et la décontamination des personnes.
- Direction des travaux de l'équipe d'évaluation des risques radiologiques.

LA PANDÉMIE DE GRIPPE A(H1N1)

- Mobilisation du comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence (COPIN) de l'Agence pendant près de six mois pour faire face aux deux vagues de grippe A(H1N1).
- Coordination du réseau au niveau :
  - de l'établissement des cliniques de grippe;
  - des activités de vaccination massive (280 000 personnes vaccinées, soit 58 % de la population);
  - des communications médias (15 points de presse et 175 entrevues);
  - du suivi de gestion.

- Élargissement du COPIN en fonction des apprentissages acquis lors de la pandémie d'influenza et considérant l'ensemble des volets d'une situation de mesures d'urgence.

LES ACTIVITÉS DE PRÉPARATION POUR FAIRE FACE À UN SINISTRE MAJEUR

- Mise en place d'un centre de coordination régional pour le réseau de la santé et des services sociaux dont certains équipements ont été acquis par le biais d'une subvention de 19 715 $ dans le cadre du Programme conjoint de protection civile du gouvernement du Canada.

- Participation à des comités spécifiques :

  - comité mixte municipalité et industries de Bécancour;

  - comité ministériel de révision du Guide de planification des mesures d'urgence;

  - comité ministériel de révision de la mission santé en sécurité civile.

LE PROGRAMME
SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE 8

La Direction de santé publique a comme principales responsabilités d'informer la population à l'égard de l'évolution de son état de santé et de bien-être et de fournir l'expertise régionale en matière de surveillance, de prévention, de promotion et de protection de la santé publique.

Suite à la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique pour la période 2009-2012, les centres de santé et de services sociaux de la région ont tous adopté leur plan d'action local de santé publique en 2009. Des activités pour compléter l'implantation de ces plans d'action, de même que pour en poursuivre l'évaluation, sont en cours. Ces activités sont coordonnées au sein de la Table de coordination régionale de santé publique.

LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION

Les pratiques cliniques préventives

- Implantation d'un service-conseil en prévention clinique par l'injection des sommes nécessaires pour l'embauche d'un conseiller en prévention clinique sur chacun des territoires de CSSS de la région. Reconnue efficace dans la littérature, cette approche de promotion des pratiques cliniques préventives, par le biais d'un accompagnement soutenu en CSSS, cliniques médicales, GMF et pharmacies communautaires, vise à renforcer les services de première ligne en promotion des saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques, plus spécifiquement en dépistage et en suivi d'hypertension artérielle. Le démarrage de cette nouvelle fonction de

promotion/prévention vise, à long terme, à doter le continuum des services du réseau de la santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec de conditions optimales pour la réalisation d'actes préventifs dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé.

- Cette première année d'implantation a permis d'amorcer le développement des compétences des conseillers en prévention clinique, la réalisation de matériel promotionnel approprié et la mise en place de mécanismes de communication efficaces avec les instances concernées.

Le développement des enfants et des jeunes

Les services à la famille

- Près de 5 400 guides *Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans,* ont été distribués aux futures mères, lors des cliniques de grossesse ou au cabinet du médecin, selon les territoires. Ce guide compte maintenant une foule d'informations sur la grossesse et l'appropriation du rôle de parent, en plus des précieux conseils sur les nourrissons : soins, alimentation, développement et autres.

- Dans le but d'améliorer la santé des enfants à partir des meilleures pratiques en matière d'allaitement, l'initiative *Amis des bébés* (IAB) vise à augmenter les taux d'allaitement en mettant l'accent sur l'exclusivité de l'allaitement, en créant un environnement favorable à l'allaitement et en adoptant des pratiques exemplaires issues des données probantes. L'initiative *Amis des bébés* soutient également des pratiques saines et sécuritaires pour les bébés non allaités. La Direction de santé publique offre un soutien aux établissements s'étant engagés formellement à demander l'agrément IAB pour 2012. En 2009-2010, deux établissements se sont engagés vers l'agrément IAB.

- La formation en allaitement répond toujours à un besoin des CSSS, du CHRTR et des organismes communautaires en allaitement. Les documents d'autoformation complétés et les 16 journées de formation portant sur des thématiques adaptées aux besoins de chaque catégorie d'intervenants ont enregistré 265 présences en provenance des établissements du réseau, ainsi que 80 présences en provenance des organismes communautaires en allaitement. Signalons que la collaboration avec les milieux d'enseignement a permis d'enregistrer 99 présences additionnelles.

- 4 000 trousses mises à jour de prévention des blessures RAPPID+ (information et matériel pour aider les parents à prévenir les intoxications et les blessures pouvant affecter les poupons et les jeunes enfants) ont été remises aux familles lors de la vaccination de leur bébé à six mois, lorsque la vaccination a été faite par le personnel du CSSS.

- À la suite de la publication de la *Politique de périnatalité 2008-2018,* une tournée des CSSS a été entreprise dans le but de faire un état de la situation des services en périnatalité. La tournée a débuté en 2009 par une visite des centres accoucheurs et sera complétée en 2010 par une visite du volet CLSC des CSSS. Le portrait des services en périnatalité sera disponible à l'été 2010.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

- Les SIPPE visent à soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait cinq ans. Ces familles ont pu bénéficier de rencontres individuelles ou participer à différentes activités de groupes pour renforcer leur réseau de soutien, faire des apprentissages sur le développement des enfants ou développer des habiletés utiles à leur rôle de parent : suivi de grossesse, développement de l'enfant, conditions de vie, habitudes de vie, projet de vie, attachement, et autres. Enfin, des suppléments alimentaires et vitaminiques sont disponibles pour les futures mères répondant aux critères du programme.

- Notons que la diminution du nombre de visites reflète l'effort investi par le réseau dans la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A(H1N1).

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	2009-2010	2008-2009
Nombre total de mères rejointes (familles SIPPE)	1 335	1 489
Nombre de mères ayant accouché dans l'année	529	543
Nombre total d'interventions	9 443	11 321

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Santé publique**

Objectifs de résultats 2005-2010 — Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

INDICATEURS		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[1] 2009-2010
1.1.12	Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	Nouveau	80	84

COMMENTAIRES

Cet indicateur a été réintroduit en reddition de comptes en 2009-2010. Il devrait être pris à titre indicatif seulement car plusieurs mises en garde doivent être considérées.

D'abord, cet indicateur ne tient compte que des mères ayant accouché au cours de l'année et non de l'ensemble de la clientèle desservie dans le cadre de ces services. Ainsi, tel que prévu dans l'offre de services, certaines mères peuvent recevoir des services sur plusieurs années. Ces cas peuvent ne pas être compilés dans l'indicateur. Ensuite, le dénominateur du calcul porte sur les naissances d'une année antérieure (2005) et inclut les naissances sur une des trois réserves autochtones lesquelles ne sont pas desservies par les CSSS de notre région. De plus, le dénominateur ne tient compte que des mères ayant moins de onze ans de scolarité alors que les mères visées par le programme sont celles ayant moins de douze ans de scolarité et vivant dans l'extrême pauvreté.

Il est important de souligner que les services spécifiques offerts à ces mères sont déployés dans l'ensemble des territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec depuis plusieurs années.

Malgré les considérations évoquées, le résultat 2009-2010 indique un dépassement de la cible visée.

La démarche Écoles en santé

Partant des besoins de chaque école, la démarche *Écoles en santé* vise à convenir des meilleures pratiques de promotion de la santé et de prévention à réaliser pour améliorer la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes.

- 54 % des établissements scolaires primaires ou secondaires ont amorcé la démarche *Écoles en santé*, soutenus à la fois par des accompagnateurs des CSSS et des commissions scolaires.
- L'Agence, en collaboration avec les CSSS, a mené des travaux pour concevoir une offre de services harmonisée en promotion et prévention destinée au milieu scolaire. Un processus de consultation auprès des commissions scolaires est en cours afin de préparer la planification de la mise en œuvre de cette offre de services.

Les saines habitudes de vie

Pour 2009-2010, la campagne de vaccination massive contre le virus de la grippe A(H1N1) a eu des répercussions sur la mise en œuvre de plusieurs actions pour la promotion de saines habitudes de vie. Néanmoins les actions suivantes ont été réalisées :

- Poursuite de la formation et appropriation par les membres d'équipes locales de l'approche participative de promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail du programme *0-5-30 combinaison prévention*. Accompagnement de quelques milieux de travail pour implanter cette approche.
- Cinq des huit CSSS ont amorcé la mise en œuvre de cette approche auprès de leurs employés. La majorité des territoires de CSSS ont connu un maintien ou une

[1] *Résultats en date du 2 mai 2010*

augmentation du nombre de milieux intra et hors CSSS où le programme *0-5-30 combinaison prévention* est implanté.

- Un groupe de travail à la Direction de santé publique a entrepris une démarche visant à optimiser la mise en œuvre de campagnes de communication nationale et régionale de promotion de saines habitudes de vie concernant un mode de vie sans tabac, la saine alimentation et la pratique régulière de l'activité physique. Cette démarche sera complétée en 2010-2011 avec la collaboration des CSSS.

- Poursuite des travaux avec les membres des conférences administratives régionales du Centre-du-Québec et de la Mauricie pour la mise en œuvre régionale du Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie pour la prévention des problématiques du poids.

- Continuité du travail de promotion du programme *0-5-30 combinaison prévention* par les porteurs locaux afin d'inciter le plus grand nombre de professionnels de la santé à intégrer de courts messages préventifs dans leur pratique quotidienne dans des milieux intra et hors CSSS.

Le tabagisme

- Dans le cadre du programme *La gang allumée,* dix projets ont été réalisés dans les écoles secondaires ou maisons de jeunes de la région.

- Démarche d'ajustement à l'offre de services des centres d'abandon du tabagisme afin d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité de ces services tout en maintenant leur niveau d'efficacité. La démarche a consisté à revoir la proportion de temps consacré à l'intervention directe auprès des clients en apportant des ajustements aux activités réalisées dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) et des ajustements concernant les activités de promotion.

- Le nombre de demandes de services auprès des CAT est passé à 976 clients, comparativement à 872 pour 2008-2009, soit une augmentation de 11 %.

- 1 340 personnes se sont inscrites au *Défi J'arrête, j'y gagne!,* ce qui représente une augmentation de 1 %.

L'alimentation

- La campagne régionale *Saveurs Santé* s'étend maintenant à l'année et vise pour une troisième année consécutive l'augmentation de la consommation de fruits et légumes en Mauricie et au Centre-du-Québec. En 2009-2010, quatre projets ont été menés à bien.

- Une « boîte à outils » regroupant près d'une centaine de documents et références sur la saine alimentation, avec un volet particulier pour les fruits et légumes, a été remise à tous les organismes communautaires dédiés à la famille sur le territoire. Faisant suite à un besoin manifesté par les intervenants, elle vise à encourager les échanges pour sensibiliser les parents, notamment ceux provenant de milieux moins favorisés. Le nombre de thèmes abordés et d'activités réalisées après six mois d'utilisation a démontré la pertinence de l'outil. Ce projet a été réalisé en collaboration avec le ministère de la Famille et des Aînés.

- Une formation sur la mise en conserve et la congélation des fruits et légumes a été organisée dans chacun des huit territoires de CSSS auprès de 52 intervenants et parents des organismes communautaires dédiés à la famille ou organisant des cuisines collectives. L'objectif étant que ces organismes puissent à leur tour transmettre leurs connaissances et développer le savoir-faire des parents intéressés sur leur territoire afin d'encourager la consommation de fruits et légumes à l'année et de surcroît, à moindre coût. Tous les organismes formés comptent offrir la formation dès l'automne.

- En vue de mener une campagne de sensibilisation pour augmenter la consommation de fruits et légumes chez les jeunes de 12 à 17 ans, une enquête a été réalisée auprès de 306 répondants provenant de 6 écoles secondaires à travers la région. Les résultats démontrent la nécessité de rejoindre les parents pour atteindre cet objectif. À ce titre, des actions de communication et d'interventions seront déployées au cours des trois prochaines années avec la collaboration des divers ministères concernés par le *Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012,* dont le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).

- La campagne régionale *Saveurs Santé* a été associée à deux journées *Alimentation santé* organisées à l'automne dans les marchés publics du Centre-du-Québec; une initiative du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. Près de 500 personnes ont été sensibilisées à la confection de boîtes à lunch santé et à la mise en conserve sécuritaire des légumes.

- La campagne *Fruits et légumes en vedette* est devenue un programme continu depuis septembre 2009. Les restaurateurs sont maintenant encouragés à bonifier leur offre en fruits et légumes en tout temps et, de préférence, à utiliser ceux du Québec. Parallèlement, la population est sensibilisée à l'importance de faire des choix santé en matière d'alimentation. Profitant du 5e anniversaire de *Fruits et légumes en vedette,* le directeur de santé publique a pris part à une tournée médiatique organisée à travers la région pour présenter un bilan fort positif du programme et saluer les efforts soutenus des restaurateurs participants. Entre autres, on constate que les restaurants visités ont servi une entrée à base de légumes (augmentation de 3 %), le tiers de l'assiette en légumes (maintien) et un dessert à base de fruits (augmentation de 19 %).

L'activité physique

- La Journée nationale du sport et de l'activité physique a été déplacée de l'automne 2009 au printemps 2010.

- 315 milieux de travail ont reçu l'information pour participer à la campagne *Rendez-vous d'automne* et 54 d'entre eux y ont participé (17 %).

- 34 écoles ont participé à la campagne *Marchons vers l'école.*

- Toutes les écoles primaires ont reçu l'information et 122 d'entre elles (60 %) ont participé à la campagne *Plaisirs d'hiver* (volet scolaire). Pour le volet municipal et communautaire de cette campagne, 54 des 112 municipalités (48 %) et 42 des 91 organismes non gouvernementaux (46 %) ont répondu à cette campagne en organisant 126 événements.

- Toutes les écoles primaires et secondaires de la région ont reçu l'information sur le concours *École active.* Au total, 73 écoles ont présenté un ou plusieurs projets et 36 projets ont été retenus pour l'obtention d'une bourse.

- 77 écoles ont participé à la campagne *Le grand petit défi!*

- Une formation a été donnée aux kinésiologues des CSSS pour les habiliter à accompagner les écoles primaires dans l'aménagement, l'organisation et l'animation de la cour d'école.

- La présence de conseillers pour la promotion de l'activité physique (rôle joué par les kinésiologues) dans chacun des CSSS a favorisé la mise en place de 21 nouveaux groupes *Viactive* en Mauricie et au Centre-du-Québec.

- Avec la collaboration de 286 organismes (clubs de l'âge d'or, résidences privées pour personnes âgées, etc.), plus de 500 personnes contribuent à la réalisation des activités du programme *Viactive.* Ainsi, on dénombre 335 animateurs pour 255 groupes actifs. Soulignons en terminant que les deux colloques organisés cette année ont réuni un total de 288 participants.

L'activité physique et l'alimentation

Le *Défi Santé 5/30 Équilibre* a été promu par la DSP de l'Agence et par les 8 CSSS auprès de leurs employés, de la clientèle, de même qu'auprès d'un grand nombre de milieux (travail, scolaire, établissement de santé). On recense 5 876 inscriptions au défi en Mauricie et 4 254 au Centre-du-Québec.

Le développement social et le développement des communautés

L'Agence a renouvelé ses engagements pour les trois prochaines années auprès des partenaires des ententes spécifiques en développement social, en injectant annuellement 175 000 $ au soutien de ces initiatives. La Direction de santé publique participe ainsi au Consortium en développement social de la Mauricie et au Comité régional en développement social du Centre-du-Québec. Notons que l'Agence est partenaire de trois autres ententes qui concourent, dans leur champ respectif, à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de vie dans les régions de la Mauricie et du Centre-duQuébec. Ces ententes portent sur l'égalité entre les femmes et les hommes, sur la réussite éducative et sur le développement de l'économie sociale.

La sécurité alimentaire

- Soutien et contribution financière de 13 500 $ pour la mise en œuvre du projet d'action concertée *Se nourrir, agir et se développer* sous la responsabilité du CSSS de Trois-Rivières.

- Présentation du nouveau Cadre de référence en sécurité alimentaire au Consortium en développement social de la Mauricie et au Comité régional en développement social du Centre-du-Québec.

- Participation à un projet pilote en sécurité alimentaire intitulé *Panier à provisions nutritif,* en collaboration avec le MSSS et le Dispensaire diététique de Montréal.

- Participation à l'organisation de la formation en hygiène et salubrité rendue obligatoire par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) pour les organismes communautaires.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Santé publique**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

INDICATEURS		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais	Nouveau	73,0 %	44,5 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	Nouveau	67,7 %	41,8 %
1.1.16	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	Nouveau	73,1 %	48,9 %

COMMENTAIRES

Les résultats présentés dans le tableau correspondent aux données I-CLSC déposées dans le système GESTRED. Cependant, suite au changement d'application pour la saisie des vaccins dans un établissement (Vaxin à I-CLSC), les dénominateurs utilisés dans la méthode de calcul pour les indicateurs 1.1.14 et 1.1.16 sont erronés. Ainsi, ils n'incluent pas seulement les premières doses, mais l'ensemble des doses effectuées au cours de l'exercice ayant pour effet de diminuer le résultat. Suite à un décompte manuel effectué par l'établissement permettant de réajuster le dénominateur conformément à la fiche d'indicateur, les résultats devraient plutôt être les suivants : 1.1.14 : 57,7 % et 1.1.16 : 58,3 %.

L'indicateur actuel fait état de la proportion des enfants qui ont reçu leur première dose des vaccins dans un délai d'une semaine tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec. Il ne présente pas le taux de couverture vaccinale. Le délai d'une semaine fixé par le MSSS est restrictif dans certains territoires notamment ceux en milieu rural. En effet, afin de permettre un meilleur accès, les cliniques de vaccination se déplacent sur le territoire et peuvent déborder les délais mesurés. Puisque la vaccination ne peut être donnée avant l'âge de 2 mois aux enfants (indicateurs 1.1.14 et 1.1.16) ou 1 an (indicateur 1.1.15), le délai d'une semaine demeure difficile à atteindre en milieu rural.

À titre indicatif, la proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin dans un délai de deux semaines est de :

1.1.14 : 71,2 %
1.1.15 : 54,2 %
1.1.16 : 71,8 %

Ces résultats se rapprochent des cibles fixées.

Certains établissements ont mis en place des mécanismes de rappel et de relance aux parents. Cette stratégie a été identifiée dans le Plan québécois de promotion de la vaccination et constitue une stratégie très efficace.

[2] Résultats en date du 2 mai 2010

La vaccination contre l'influenza

- Cette année, le taux de couverture vaccinale (TCV) pour la vaccination contre l'influenza des résidents des CHSLD de notre région s'établit à 87 %. Ce TCV est légèrement moindre que l'objectif de 90 %.

- Pour la vaccination des travailleurs de la santé, les résultats sont scindés en deux groupes : les infirmières affiliées à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et tous les autres travailleurs de la santé. Les travailleurs du CHRTR sont inclus dans ces résultats. On obtient ainsi des TCV de 15 % pour les infirmières et 17 % pour les autres travailleurs.

Taux de couverture vaccinale Catégorie	Objectifs	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Résidents des CHSLD	90 %	87 %	90 %	90 %
Infirmières des CSSS affiliées à l'OIIQ	80 %	15 %	45 %	43 %
Tous les autres travailleurs des CSSS	80 %	17 %	42 %	43 %

Interprétation de la baisse importante du TCV chez les travailleurs :

Il est évident que la vaccination pandémique qui a eu lieu en novembre et en décembre 2009 a influencé la vaccination annuelle qui s'est déroulée en janvier 2010. De plus, l'absence de circulation des virus saisonniers pendant la période prévue, de même que la notion théorique de remplacement des virus saisonniers par le virus pandémique ont probablement amené les travailleurs de la santé à ne pas se prévaloir de la vaccination saisonnière.

Les infections nosocomiales

- L'Agence exerce depuis cinq ans une surveillance continue de l'incidence du *Clostridium difficile* et s'assure auprès des établissements de la mise en place des mesures de prévention et de contrôle lors d'éclosion. La population peut prendre connaissance de la performance des établissements ayant une mission courte durée au regard du *C. difficile* en consultant les données qui sont régulièrement mises à jour sur le site Internet de l'Agence.

- Le taux d'incidence est demeuré plutôt stable pour l'année 2009-2010 en comparaison avec l'année antérieure. En 2008-2009, on a recensé 224 cas de diarrhée associée au *C. difficile* dans la région, pour un taux de 7,8 par 10 000 patients-jours, alors qu'en 2009-2010, le nombre de cas est passé à 202, pour un taux de 7,4. On note ainsi une diminution de 43 % entre 2004-2005 et 2008-2009.

- Un sous-comité de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales a rédigé et déposé un guide régional d'intervention lors d'une éclosion de gastro-entérite en établissement de soins.

- L'Agence a collaboré au financement d'un projet régional visant à doter les établissements d'affiches sur la prévention des infections (pratiques de bases et mesures additionnelles).

- Soulignons en terminant que les services de prévention et de contrôle des infections (PCI) ont été très mobilisés par la grippe A(H1N1) à l'automne 2009 et que leur contribution a été remarquable.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Santé publique**

Objectifs de résultats 2005-2010 Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEURS		Résultats[3] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[4] 2009-2010
1.1.11	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	92 %	100 %	92 %

COMMENTAIRES

Le résultat 2008-2009, la cible 2009-2010 ainsi que les résultats 2009-2010 présentés ci-haut correspondent au pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales toutes catégories de lits confondus. Les résultats détaillés par catégorie sont les suivants :

- Lits de soins généraux et spécialisés (1 ETC / 133 lits) : 100 %
- Lits d'hébergement et de soins de longue durée (1 ETC / 250 lits) : 90 %
- Lits de soins psychiatriques (1 ETC / 250 lits) : 100 %
- Lits de réadaptation physique (1 ETC / 133 lits) : 100 %

Au cours des dernières années, l'Agence et les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont consacré des efforts importants afin d'ajouter des infirmières au programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Cette mesure de prévention ainsi que l'application des lignes directrices en hygiène et salubrité (indicateur 2.2.2) ont contribué à la diminution du taux d'incidence régional des diarrhées associées au *Clostridium difficile* de 43 % par rapport à 2004 (la référence pour comparer les données disponibles en 2004 avant les actions du réseau sur les infections nosocomiales sont les périodes administratives 6 à 13).

À la lecture des résultats, nous constatons que les ratios ont été respectés pour les lits de soins généraux et spécialisés, de soins psychiatriques et en réadaptation physique pour l'ensemble des établissements. Par contre, le ratio pour les lits d'hébergement et de soins de longue durée a été atteint pour neuf établissements sur les dix considérés, incluant les deux établissements privés conventionnés. En effet, un seul établissement présente un écart de 0,3 ETC avec le nombre d'ETC requis (1,9 ETC) pour atteindre le ratio de 1/250 lits. Cet écart au 31 mars 2010 est circonstanciel et temporaire. Il découle du fait qu'à ce moment de l'année, l'établissement a accordé la priorité à la gestion d'une période d'éclosion en soins généraux et spécialisés étant donné le taux élevé d'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* dans cet établissement.

[3] *Résultats en date du 20 mai 2009*
[4] *Résultats en date du 2 mai 2010*

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Santé publique**

Objectifs de résultats 2005-2010 Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

INDICATEURS		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[5] 2009-2010
1.1.17	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Nouveau	100 %	100 %
1.1.18	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Nouveau	100 %	100 %

COMMENTAIRES

Pour être considéré fonctionnel, le comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales doit se réunir à 4 reprises et plus au cours de l'année. L'ensemble des établissements visés par cet indicateur disposent d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel.

De plus, ces établissements devaient faire adopter par leur conseil d'administration leur programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, ce qui a été fait pour l'ensemble des établissements concernés.

[5] *Résultats en date du 11 mai 2010*

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Prévention et contrôle – infections nosocomiales**

Objectifs de résultats 2005-2010 Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEURS		Résultats[6] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[7] 2009-2010
2.2.2 Pourcentage d'installations ayant analysées et éliminées leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	55,84 %	100 %	68,92 %
	Catégorisation	72,73 %	100 %	86,49 %
	Accord responsable	31,17 %	100 %	35,14 %
	Accord au CA	25,97 %	100 %	20,27 %
	Application	29,87 %	100 %	33,78 %

COMMENTAIRES

La cible fixée au 31 mars 2010 n'a pas été atteinte pour les 74 installations de la Mauricie et du Centre-du-Québec considérées dans le calcul de l'indicateur. Toutefois, quatre établissements sur douze ont appliqué l'ensemble des lignes directrices en hygiène et salubrité.

Bien que les étapes n'aient pas été réalisées pour l'ensemble des installations, la majorité d'entre-elles sont en voie de réalisation. Ainsi, les résultats qui suivent indiquent le pourcentage d'installations qui ont déjà réalisé ou sont en voie de réaliser les étapes :

- Étape 1 (répertoire des surfaces) : 89 %
- Étape 2 (catégorisation des surfaces) : 89 %
- Étape 3 (accord de principe de l'entité responsable) : 80 %
- Étape 4 (accord au conseil d'administration) : 58 %
- Étape 5 (mise en vigueur des nouvelles responsabilités) : 76 %

La première étape consistant à répertorier les surfaces nécessite un investissement de temps important. Pour sa part, la troisième étape requiert plus d'efforts afin de responsabiliser les différents acteurs, ce qui ralentit la finalisation de l'application des lignes directrices. Enfin, les dernières étapes sont plutôt à caractère administratif et, à ce titre, devraient être franchies rapidement par la suite.

Il est important de noter qu'au-delà de l'atteinte de cette cible, la désinfection se réalise partout actuellement. Ainsi, l'ensemble des efforts des établissements pour prévenir et contrôler les infections nosocomiales, notamment par l'application des lignes directrices ainsi que par la présence d'infirmières en prévention des infections nosocomiales (indicateur 1.1.11), ont permis de diminuer le taux d'incidence régional des diarrhées associées au *Clostridium difficile* de 43 % par rapport à 2004 (la référence pour comparer les données disponibles en 2004 avant les actions du réseau sur les infections nosocomiales sont les périodes administratives 6 à 13).

Une table régionale des chefs salubristes a été constituée et elle joue un rôle important dans les résultats atteints à ce jour. Au cours de 2010-2011, les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec poursuivront leurs efforts pour finaliser l'application des lignes directrices en hygiène et salubrité à l'ensemble de leurs installations.

[6] Résultats en date du 20 mai 2009
[7] Résultats en date du 18 mai 2010

Autres maladies infectieuses

- Les déclarations de maladies infectieuses, dont certaines sont à déclaration obligatoire (MADO), ont entraîné l'ouverture de 1 800 dossiers et les suivis requis auprès des personnes touchées ou de leur entourage.

- En 2009, l'équipe de maladies infectieuses a dû intervenir dans un camp de plus de 350 jeunes à la suite de quatre signalements d'entérite à shigellose. L'équipe a procédé à une enquête suprarégionale, a circonscrit l'éclosion et établi les recommandations sanitaires en vue d'éviter la récidive.

- Les infections à chlamydia demeurent élevées avec 1 051 cas en 2009, soit un nombre comparable à celui de 2008 (1 048 cas).

- Poursuite du soutien aux infirmières pour l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et leurs partenaires.

- Plus de 72 000 seringues ont été distribuées par les intervenants des CSSS et de certains organismes communautaires dans le cadre du Programme national de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectables.

- En lien avec les programmes national et régional de santé publique, des travaux ont été réalisés pour consolider et soutenir les services intégrés de dépistage (SIDEP) et de prévention des ITSS dans les CSSS : comité tactique en ITSS, ordonnance collective pour le traitement de l'infection génitale à chlamydia trachomatis, diffusion et soutien concernant les recommandations nationales sur le contrôle de la gonorrhée, amélioration des corridors de services pour SIDEP et la prise en charge des personnes exposées au sang.

La santé environnementale

Durant l'année 2009-2010, l'équipe responsable de la santé environnementale a répondu à près d'une centaine de demandes de services, portant notamment sur : la formation donnée au personnel d'Info-Santé sur les intoxications au monoxyde de carbone, l'eau potable et le radon et plusieurs problématiques de qualité de l'air intérieur. L'Agence a également entrepris la visite des 38 arénas de la région afin d'établir un portrait des mesures prises pour maintenir une bonne qualité de l'air. De plus, l'équipe a participé aux audiences du Bureau d'audiences publiques en environnement relativement à l'implantation d'un parc éolien dans la MRC de l'Érable. Un mémoire sur le sujet a ensuite été déposé aux commissaires.

Les matières dangereuses et la gestion des risques nucléaires

- Campagne de prévention sur les intoxications au monoxyde de carbone en collaboration avec les représentants et réparateurs de fournaises de la région.

- Participation à une intervention d'urgence lors d'un incendie de produits chimiques.

- Participation aux travaux de l'équipe d'évaluation du risque radiologique, réunissant des représentants de la centrale nucléaire Gentilly-2 ainsi que des ministères et organismes concernés.

- Diffusion d'un communiqué de presse pour répondre aux interrogations de la population sur les risques nucléaires à la santé.

- Participation à la consultation canadienne sur les documents d'orientation pour la gestion des déchets nucléaires.

Les changements climatiques et la chaleur accablante

- Collaboration à la mise en place d'un portail de surveillance des événements climatiques extrêmes.

- Révision des seuils d'alerte pour la chaleur accablante au Plan régional des mesures d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Les maladies d'origine hydrique

- Travail de vigie et de protection relativement aux quelque 787 résultats hors normes reçus concernant la qualité d'eau potable des réseaux réglementés.

- Poursuite de l'intervention entreprise en 2008-2009 dans un cas de contamination de l'eau potable par de l'essence à St-Étienne-des-Grès.

- Réalisation de deux enquêtes afin de s'assurer de la salubrité de l'eau potable suite à des préoccupations émises par des intervenants du réseau de la santé.

- Travail de vigie réalisé conjointement avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs en suivi aux quelque 13 plans d'eau touchés par la présence de fleurs d'eau d'algues bleu vert dans la région à l'été 2009.

La qualité de l'air extérieur

Poursuite de l'estimation du risque à la santé associé à la pollution atmosphérique à Shawinigan et réponse à quelques plaintes sur la qualité de l'air à Trois-Rivières

La santé au travail

- La CSST confie au réseau de la santé, par l'entremise du directeur de santé publique, le mandat de la santé au travail. Annuellement, elle détermine les priorités pour lesquelles des interventions doivent être réalisées. Les secteurs ciblés en 2009 représentaient près de 47 600 travailleurs provenant de 2 689 entreprises.

- Dans le cadre des programmes de santé élaborés sur mesure pour chacune des entreprises ciblées, les trois CSSS gestionnaires de la santé au travail (de l'Énergie, de Trois-Rivières et Drummond) ont rendu des services dans 421 des 439 entreprises ciblées, soit une atteinte de 96 %.

- Aussi, 44 nouveaux établissements ont été visités sur les 58 ciblés (76 %). De nouveaux programmes de santé ont été élaborés pour 43 des 54 établissements ciblés (80 %).

- Pour ce qui est du programme *Pour une maternité sans danger,* l'ensemble des 2 640 demandes de consultation a été traité; ce qui représente un nombre similaire à l'an dernier.

- Quant aux demandes de services ponctuels en provenance de la CSST et des milieux de travail, 73 des 80 demandes reçues et en cours ont été traitées (91 %).

Les avis de santé publique

La Direction de santé publique a émis des avis sur les sujets suivants :

- le projet d'aménagement d'un parc éolien dans la MRC de l'Érable;

- les études d'impact pour la restauration du seuil naturel du Lac Joseph, municipalité d'Inverness;

- le Programme décennal de dragage d'entretien des installations portuaires de Bécancour;

- la présence de trihalométhanes en concentration hors norme dans l'eau potable du réseau d'aqueduc de plusieurs municipalités;

- le processus proposé pour choisir un site de gestion à long terme du combustible nucléaire irradié;

- la fluoration de l'eau potable à Trois-Rivières;

- le projet d'étatisation des jeux d'argent sur Internet au Québec.

LA SURVEILLANCE/ÉVALUATION

- Réalisation, pour différentes clientèles et territoires, de portraits de l'état de santé, ainsi que des tableaux d'indicateurs sociosanitaires avec faits saillants par territoire de réseaux locaux de services.

- Mise sur pied d'activités de surveillance entourant la pandémie de grippe A(H1N1), réalisation de portraits généraux des cancers dans la région, portrait de la mortalité par traumatismes, participation à l'analyse de l'enquête sur les jeux de hasard et d'argent à Trois-Rivières et collaboration à l'organisation de formations et d'enquêtes.

- Finalisation du rapport de recherche sur les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec, ajout d'une section à l'Infocentre sur ce sujet et début des rencontres de présentation et de validation des résultats auprès des partenaires et des collaborateurs en développement des communautés des territoires locaux de la région (9 MRC et 2 grandes villes). Concurremment, rédaction de deux articles portant sur un dispositif national de surveillance de développement des communautés dans la *Revue française de santé publique* et la *Revue vie économique.*

LA COMMUNICATION À LA POPULATION

Bien communiquer pour mieux agir constitue l'une des stratégies d'action associée à la mise en œuvre du PARSP.

Cette année encore, plusieurs interventions de communication ont été réalisées dans le but d'informer la population

sur les moyens de prévention des infections et sur différents sujets d'actualité relatifs à la santé publique, dont celui du nucléaire et des risques à la santé, pour lequel l'Agence a diffusé un communiqué et donné plusieurs entrevues. En 2009-2010, on retiendra cependant que la campagne de vaccination massive contre la grippe A(H1N1) a grandement mobilisé les équipes de communication. Les responsables de l'Agence ont ainsi tenu 15 points de presse et accordé plus de 175 entrevues. L'Agence a également réalisé une campagne de messages télévisés et radiophoniques avec des personnalités connues issues de chaque secteur de la région.

LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

CHAPITRE 9

LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

Les services psychosociaux généraux sont offerts dans les centres de santé et de services sociaux. Ils couvrent différents types de services courants dont l'accueil, l'évaluation et l'orientation (AÉO) de la personne vers les services appropriés, l'Info-Social, la consultation psychosociale individuelle, dont le service pour interruption volontaire de grossesse et l'intervention en situation de crise. L'implantation des trajectoires de services en santé mentale et pour les jeunes en difficulté et leur famille, ainsi que la modification des services d'AÉO indiquent qu'une fois la demande de services évaluée, les personnes sont orientées directement aux services spécifiques dont elles ont besoin. Cette rapidité d'accès entraîne une diminution de la clientèle en psychosocial courant. De plus, l'intervention de groupe, non comptabilisée dans cet indicateur, est utilisée dans cette catégorie de services.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats[8] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[9] 2009-2010
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 733	4 593	4 168
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,5	3,5	3,9

COMMENTAIRES

Les services psychosociaux retenus aux fins du calcul de l'indicateur regroupent les interventions individuelles reliées à l'Accueil-Évaluation-Orientation, l'Info-Social, les situations de crise ou situationnelles et les rencontres psychosociales nécessaires aux interruptions volontaires de grossesse.

Depuis la mise en place des services spécifiques en santé mentale et pour les jeunes en difficulté, le nombre d'usagers rejoints par les services psychosociaux généraux est en diminution. En effet, au cours des dernières années, des guichets d'accès ont été mis en place facilitant la prise en charge de ces personnes par des équipes dédiées plutôt que par les services psychosociaux généraux.

Entre 2008-2009 et 2009-2010, 565 usagers (12 %) de moins ont été rencontrés par ces services psychosociaux généraux. La diminution enregistrée provient principalement d'une recodification des activités de l'Accueil-Évaluation-Orientation (AÉO) dans un établissement. Par le passé, des interventions étaient inscrites pour l'AÉO donc aux services psychosociaux généraux plutôt que des demandes de services normalisées. Ainsi, ces usagers ne sont plus comptés dans les services psychosociaux généraux, ce qui a pour effet de diminuer le nombre d'usagers.

Bien que la cible n'ait pas été atteinte en 2009-2010, le pourcentage de la population rejointe par ces services est le même que la moyenne des établissements de la province soit 0,86 %.

En 2009-2010, le nombre moyen d'interventions par usager a été supérieur à la cible fixée.

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

- Le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, mandataire du service régional Info-Santé/Info-Social, assure la réponse téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine par la ligne 811.

- Le service répond aux problèmes de santé physique, psychosociale ou de santé mentale ou à des besoins d'information générale, ainsi qu'à des besoins d'enseignement, de conseil, d'information ou de référence vers tout autre service offert dans le réseau de la santé et des services sociaux ou de référence par les partenaires du milieu. Le volet psychosocial est assuré en dehors des heures d'ouverture des services d'AÉO des CSSS le soir et la nuit de 20 h à 8 h et 24 h/24 h les fins de semaine et les jours fériés.

[8] Résultats en date du 30 avril 2009
[9] Résultats en date du 2 mai 2010

- Faits saillants 2009-2010 :
  - Déploiement de la nouvelle version électronique de la fiche d'appel Info-Santé Web sur tous les territoires de la région, incluant un nouveau volet : clientèle enregistrée et module de garde dans les GMF et pour les services de soutien à domicile.
  - Centralisation de la mise à jour du répertoire des ressources et déploiement en mode Web du répertoire informatisé selon le nouveau cadre normatif du MSSS. L'objectif régional vise à ce que 95 % des ressources soient mises à jour annuellement. Au 31 mars 2010, le résultat atteint était de 98 %.
  - Présentation, en octobre 2009, du modèle régional d'organisation de la réponse Info-Social 24/7. Le déploiement du modèle s'effectuera au cours de l'année 2010-2011.

Appels traités	2009-2010	2008-2009	Variation
VOLET INFO-SANTÉ			
Appels répondus[1]	194 095	190 985	1,6 %
Taux de réponse[1]	80,2 %	84,6 %	
En moins de 4 minutes[1]	165 082	155 038	6,5 %
Pourcentage (%)[1]	85,1 %	81,2 %	
Durée moyenne de conversation*	08 : 06	08 : 14	(0,98 %)
Durée moyenne d'intervention*	14 : 88	15 : 94	(6,65 %)
Appels référés à l'urgence	12,0 %	13,2 %	(1,2 %)
Appels référés en clinique privée	12,1 %	12,8 %	(0,7 %)
Appels référés en pharmacie	6,4 %	7,4 %	(1,0 %)
Appels répondus provenant d'autres régions	35 419	26 336	34,5 %
Appels de la région répondus dans d'autres régions	25 387	14 353	76,9 %
VOLET INFO-SOCIAL			
Appels traités	13 893	11 215	23,9 %
Durée moyenne d'intervention*	15 : 38	17 : 00	(9,5 %)
Sorties terrain	329	328	--

[1] Inclus les appels de la région et de l'extérieur
(Note : depuis octobre 2009, un usager du volet santé dont le temps d'attente est supérieur à 15 secondes, comparativement à quatre minutes auparavant, voit son appel transféré à la première infirmière libre dans un des quatorze autres services régionaux offrant le volet santé. Ce transfert n'est pas possible pour le volet social.)

RAISONS D'INTERVENTION PRINCIPALES Description	2009-2010 Nombre d'appels	Durée moyenne d'intervention	2008-2009 Nombre d'appels	Durée moyenne d'intervention
Volet Info-Santé				
Gastro-intestinal* (Manifestations ou symptômes du système)	25 149	17 : 30	29 159	18 : 59
Respiratoire* (Manifestations ou symptômes du système)	18 070	15 : 89	18 487	17 : 51
Lésions traumatiques*	13 597	14 : 31	14 627	15 : 08
Peau et tissus* (Manifestations ou symptômes)	12 514	15 : 67	13 773	16 : 88
Ressources et services* (Demande d'information)	9 754	8 : 68	10 965	8 : 65

** Durées chronométrées*

Description	2009-2010 Nombre d'appels	Rang	2008-2009 Nombre d'appels	Rang
Volet Info-Social				
Problèmes sociaux divers	1 546	2e	1 304	2e
Schizophrénie et autres troubles de la personnalité	2 442	1er	1 778	1er
Troubles de l'humeur	567	4e	1 076	4e
Troubles anxieux	1 252	3e	1 170	3e
Troubles de la personnalité	365	5e	694	5e

Les données sont extraites du rapport sur le nombre d'interventions et regroupent les appels de tous les CSSS de la région.

LA VIOLENCE CONJUGUALE ET LES AGRESSIONS SEXUELLES

- Pour la première fois dans la région, un événement intitulé *Le Carrefour des pratiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale* a réuni pendant deux jours près de 250 personnes provenant de tous les secteurs signataires de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale et des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Il a permis aux participants d'échanger sur les pratiques de pointe en prévention, dépistage et intervention auprès de victimes, des proches et des auteurs. Il a aussi mis en lumière des initiatives des différents secteurs pour ainsi favoriser le réseautage. Plus de 20 conférenciers ont contribué à faire de ces journées un franc succès.

- Par ailleurs, une campagne régionale de sensibilisation sur la violence conjugale a été lancée lors de ce rassemblement. Elle a été diffusée dans les postes de radio régionaux de grande écoute en juin 2009.

- Une formation sur le processus de domination conjugale a été offerte aux intervenantes désignées en violence conjugale des CSSS.

- Un carnet d'adresses et de ressources pour les femmes de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été produit par l'Agence et diffusé auprès des intervenantes qui travaillent auprès des victimes de violence conjugale.

LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

CHAPITRE 10

LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL SUR LE VIEILLISSEMENT 2005-2010

- Le nombre de places en ressource intermédiaire est passé de 754 à 808. Cette augmentation de 54 places reflète la transformation en cours amenée dans la foulée du Plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées de la région. Elle vise l'harmonisation et la diversification des ressources adaptées aux besoins des personnes dans la communauté.

- Dans le but de pouvoir témoigner de l'implantation du Cadre de référence intégré (centre de jour, hébergement temporaire, service ambulatoire de gériatrie, unité de courte durée gériatrique (UCDG) et unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI)), un comité de travail, créé en collaboration avec les CSSS, a identifié les indicateurs de suivi à retenir. La surveillance de ceux-ci permettra de caractériser la clientèle rejointe et de voir dans quelle mesure ces services sont accessibles et utilisés.

- Afin de contribuer au désengorgement des urgences, l'Agence a fixé un objectif de prise en charge à l'intérieur d'un délai de 72 heures, dans 80 % des situations, des personnes âgées en perte d'autonomie dont l'épisode de soins actifs en CH est terminé, l'évaluation complétée et l'orientation vers une UCDG, une URFI, ou un hébergement en CHSLD ou en ressources non institutionnelles. En 2009-2010, l'Agence a poursuivi des travaux de validation des délais d'accès en hébergement à partir du système d'information IMAGES utilisé par les responsables des mécanismes d'accès à l'hébergement dans chaque territoire.

- La prochaine planification quinquennale pour faire face au vieillissement est en élaboration et en consultation auprès du réseau. Il est entendu que le plan d'action 2010-2015 s'inscrira en continuité avec les outils de référence élaborés au cours de la période précédente.

LE RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES AUX AÎNÉS

- Le recours à l'outil de suivi d'implantation du réseau de services intégrés aux personnes âgées en 2008-2009 a permis de constater l'importance de la mise à jour d'un programme de formation et soutien en gestion de cas à l'intention des conseillers cliniques des équipes qui actualisent la gestion de cas. Le contenu clinique et l'approche pédagogique sont actuellement en révision par un groupe de travail auquel participent quatre CSSS et une personne ressource de l'Agence.

- L'Agence et les établissements impliqués dans la mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) se sont engagés en décembre 2009 à réaliser le déploiement de la première livraison. Ce déploiement, qui constitue un premier pas dans l'informatisation du continuum de service aux aînés, rejoint tout d'abord les huit CSSS et le centre hospitalier à vocation régionale. Le MSSS a octroyé une subvention de 1 312 081 $ pour soutenir ce projet, qui permettra, dans un premier temps, l'accès à une information partagée entre tous les intervenants d'un établissement, peu importe le service, le site ou l'installation.

  Le projet RSIPA se déploie selon huit grandes étapes. Les trois premières (démarrage, planification et formation des formateurs) ont été réalisées au cours de l'année 2009-2010. À terme, ce déploiement rejoindra tout près de 1 700 intervenants dans la région.

LES PROJETS PILOTES DE SOINS POSTHOSPITALIERS

- Depuis novembre 2007, 38 places de soins posthospitaliers ont été créées dans quatre CSSS. Elles ont permis de faire de la convalescence, de la réadaptation et de la rééducation pour des personnes hospitalisées pour qui les soins actifs sont terminés et qui ne peuvent pas, pour différents motifs, retourner à domicile.

- 229 personnes ont bénéficié de ce service au cours de l'année et 55 % d'entre elles ont pu réintégrer leur domicile après une durée moyenne de séjour de 48 jours.

LE SOUTIEN À DOMICILE ET LE RÉPIT AUX PROCHES AIDANTS

- Le service répit gardiennage-accompagnement à domicile a été offert à 907 proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie qui reçoivent des services de soutien à domicile. Ce service est offert par le biais d'une l'allocation directe, allouée sur la base minimale de 4 heures par semaine. Il est complémentaire aux services de répit en centre de jour et en hébergement temporaire. On relève un déboursé total de 842 340 $.

- Le projet d'expérimentation et de partenariat entre deux CSSS et l'organisme Baluchon Alzheimer s'est poursuivi en 2009-2010. L'Agence a confirmé aux CSSS l'octroi d'une somme non récurrente totalisant 23 946 $ pour l'expérimentation d'une modalité de répit complémentaire et à portée éducative. L'accompagnement à domicile offert par l'organisme est d'une durée allant de 7 à 14 jours. Ce projet a été expérimenté par un faible nombre d'usagers.

- L'Agence a accordé une subvention de 50 000 $ à la Société Alzheimer du Centre-du-Québec/Maison Myosotis pour un projet de partenariat avec les trois CSSS du Centre-du-Québec. Ce projet a débuté en avril 2009 et comporte deux volets : l'accompagnement au domicile et le programme *Premier lien Alzheimer.*

  L'accompagnement au domicile de la personne atteinte est assuré par du personnel formé. Cette présence permet au proche aidant de prendre quelques heures de répit. Le programme *Premier lien Alzheimer* offre de l'enseignement aux proches aidants dont le parent vient de recevoir un diagnostic d'Alzheimer.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEURS	Résultats[10] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[11] 2009-2010
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	16,1 % 13 404 pers.	16,0 % 13 671 pers.	16,0 % 13 655 pers.
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	23,3	25,0	25,2

COMMENTAIRES

Tant pour la proportion du nombre d'usagers rejoints (16 %) que pour l'intensité de services offerte (24 interventions par usager), les cibles fixées par le MSSS dans le cadre de sa planification stratégique 2005-2010 sont dépassées pour la première fois depuis les cinq dernières années.

Malgré un écart de 16 usagers, la cible fixée à 16 % de la population âgée de 65 ans et plus est dépassée. Il est possible de constater que 251 usagers de plus qu'en 2008-2009 ont été rejoints par les services à domicile. Ces usagers reçoivent en moyenne 25,2 interventions par année, soit plus que la cible 2010 fixée par le MSSS à 24 interventions par usager. Les investissements effectués dans ce secteur au cours des dernières années ont produit les effets escomptés.

En plus des services offerts par le personnel des CSSS, les usagers reçoivent des services d'aide domestique offerts par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique ainsi que par l'intermédiaire des chèques emploi-service. Les résultats présentés précédemment ne tiennent pas compte de ces services. Une estimation régionale de l'ensemble de ces fournisseurs porte à 30 le nombre moyen d'interventions que reçoit annuellement une personne.

Un enjeu demeure toutefois au niveau des délais d'attente de certains services. Ainsi, quelques établissements doivent composer avec la rareté de la main-d'œuvre notamment au niveau de l'ergothérapie et de la physiothérapie. Cependant, l'attente est quasi inexistante pour les services infirmiers.

LA PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES AÎNÉS QUI VIVENT À DOMICILE

- En Mauricie et au Centre-du-Québec, le Service de prévention des chutes offre deux programmes : le programme *Debout!* qui s'adresse aux personnes de 50 ans et plus, et le programme *P.I.E.D.* qui s'adresse aux personnes de 65 ans et plus. Ces programmes sont gérés par les CSSS et soutenus par l'Agence. L'Agence a notamment organisé, à l'automne 2009, une formation régionale pour les animateurs du programme *P.I.E.D.* des CSSS. Elle a également organisé deux rencontres régionales de réflexion et de partage d'outils avec le groupe des représentants des comités territoriaux des CSSS. Enfin, elle a coordonné les activités d'une campagne régionale de promotion (publicité écrite dans les journaux locaux à l'hiver 2010).

- Un troisième volet de la prévention des chutes est en développement : il s'agit de l'intervention multifactorielle personnalisée, qui s'adresse aux personnes de 65 ans et plus, à risque de chutes et inscrites au soutien à domicile.

[10] Résultats en date du 30 avril 2009
[11] Résultats en date du 2 mai 2010

Un projet pilote d'implantation est en cours avec le CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska. Les informations récoltées avec ce projet aideront à mieux soutenir l'implantation dans les autres CSSS.

LE RECOURS À L'HÉBERGEMENT

Afin de répondre aux besoins des personnes qui ne peuvent plus résider à leur domicile, l'Agence s'assure de l'utilisation optimale des places en hébergement en fonction des besoins, en exerçant un rôle de soutien et de vigie aux mécanismes d'accès des CSSS.

- On observe un taux moyen de déclaration des demandes d'hébergement en centre hospitalier de 6,5 % dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour les personnes de 75 ans et plus.
- Au cours de la dernière année, notre région a reçu 1 771 demandes d'hébergement, soit le même nombre que l'an dernier. En parallèle, le nombre d'admissions a atteint 1 685, ce qui représente une augmentation de 2,8 % (46).
- Nous constatons des délais d'attente moyens de 66 jours pour une place en RI et de 33 jours pour une place en CHSLD. La durée moyenne d'attente pour l'ensemble des ressources pour l'année se situe à 41 jours; soit une augmentation de 8 jours comparativement à l'an passé.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEURS	Résultats [12] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats [13] 2009-2010
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,10	3,00	3,13
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,24	0,23	0,24

COMMENTAIRES

Les résultats de 2009-2010 dépassent les cibles ministérielles et régionales visées.

LES PROJETS NOVATEURS EN HÉBERGEMENT

- Des projets novateurs en hébergement basés sur des ententes de partenariat public, communautaire ou privé permettent d'expérimenter des alternatives à l'hébergement ment institutionnel. Ils s'ajoutent aux mesures diversifiées de prise en charge dans la communauté de personnes en grande perte d'autonomie.
- Le projet novateur TCC est à se finaliser. Il vise à offrir une ressource dans la communauté pour des personnes plus jeunes, présentant des incapacités sévères suite à un traumatisme craniocérébral (TCC), qui sont actuellement ou qui pourraient éventuellement être hébergées en CHSLD. La Société d'habitation du Québec a déjà confirmé que les 10 unités de logement sont réservées.

[12] Résultats en date du 5 mai 2009
[13] Résultats en date du 2 mai 2010

LES PROJETS D'AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION EN CHSLD

Neuf projets visant l'amélioration de l'alimentation en CHSLD ont été déposés et transmis au MSSS. Leur réalisation se poursuivra au cours de la prochaine année. Ils visent la formation du personnel et l'adaptation des repas afin de combler les besoins nutritionnels des résidents. Ces projets portent particulièrement sur l'ajustement des aliments pour la clientèle dysphagique, le rehaussement protéinique des aliments et l'amélioration de la satisfaction des résidents. La réalisation de certains de ces projets se poursuivra au cours de la prochaine année financière.

LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

L'Agence assume la responsabilité de délivrer les certificats de conformité aux exploitants de résidences pour personnes âgées. Cette certification obligatoire vise à assurer aux personnes qui y résident un milieu de vie de qualité et sécuritaire.

C'est le Conseil québécois d'agrément (CQA) qui procède aux vérifications des 24 critères de certification, par une vérification des documents et un contrôle du comportement attendu du personnel en service. Au 31 mars 2010, 227 des 242 résidences privées pour personnes âgées de notre territoire ont obtenu leur certification. L'absence de certificat de conformité pour 6 % des résidences de la région est généralement due au fait que tout nouvel exploitant qui acquiert une résidence doit adresser une demande de certification à l'Agence, ou parce que des résidences ne sont pas conformes aux exigences, notamment en matière de sécurité incendie.

La démarche régionale d'action concertée avec l'ensemble des partenaires impliqués par le processus de certification porte fruits. À cet effet, plusieurs actions concrètes autour des exploitants, de leur personnel et des résidents se formalisent en vue de produire des gains sur la qualité et l'efficience des services dispensés. Par ailleurs, l'Agence a augmenté sa présence dans les résidences pour personnes âgées en actualisant son rôle d'inspection.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

En juin 2008, le MSSS a lancé le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de mieux vivre ensemble.*

Ce plan concerne les deux prochains programmes, soit celui de la déficience physique et celui de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement. Il vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts aux enfants et adultes ayant une déficience.

La démarche s'adresse aux CSSS et aux centres de réadaptation InterVal et CRDITED MCQ – Institut universitaire. Deux objectifs sont visés :

1. Assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables.

2. Optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

Le plan d'accès a débuté officiellement en novembre 2008 et son déploiement s'effectue progressivement, sur trois ans.

Les objectifs signifiés en 2009-2010 portent notamment sur la poursuite de la résorption des listes d'attente et sur le respect de standards d'accès et de continuité. À cet égard, les délais moyens d'accès en centre de santé et de services sociaux comme en centre de réadaptation se situent généralement à l'intérieur des standards prescrits. En outre, des crédits totalisant 2 146 253 $ ont été investis en 2009-2010 dans les programmes-services déficience physique et déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. Cette somme supplémentaire constitue la dernière tranche des crédits alloués par le MSSS pour soutenir les établissements dans l'atteinte des standards introduits par le plan d'accès. C'est donc un total de 6 534 253 $ qui auront été investis dans ces programmes depuis 2007-2008 dans notre région.

Parmi les actions entreprises par l'Agence et les établissements au cours de cette seconde année d'implantation, on note :

- la résorption, dans une proportion de 99 %, des listes d'attente documentées au démarrage du plan d'accès;
- la mise en œuvre du Plan régional de l'amélioration de l'accès et de la continuité des services 2008-2011;
- la consolidation de la fonction d'intervenant pivot en CSSS;
- l'accroissement de l'intensité et de la qualité des services de soutien à domicile pour les personnes ayant une déficience;
- la diminution de l'attente et le respect des délais d'accès aux services applicables cette année.

LE PROGRAMME
DÉFICIENCE PHYSIQUE

CHAPITRE 11

LE SOUTIEN À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À LA FAMILLE PAR LES CSSS

Les services spécifiques de soutien à domicile de première ligne, offerts par les CSSS, permettent de maintenir les personnes dans leur milieu de vie et de soutenir leur famille. Les objectifs signifiés portent sur le nombre de personnes rejointes et l'intensité des services de soutien.

- En déficience physique, le nombre de personnes ayant reçu des services à domicile dispensés par les CSSS est légèrement supérieur à la cible établie par le MSSS pour 2010. Ainsi, 3 495 personnes ont été desservies en 2009-2010, alors que la cible visée est de 3 445 personnes.

- En moyenne, le personnel des CSSS effectue 17,7 interventions par année auprès de ces personnes à leur domicile, ce qui totalise un nombre de 61 740 interventions, dispensées principalement sous forme d'aide à domicile régulière et de soins infirmiers. En ajoutant la contribution des autres modes de prestation des services (entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, chèques emploi-service ou services de gré à gré), la moyenne régionale est estimée à 75 interventions à domicile par personne en 2009-2010.

- En 2009-2010, l'Agence a alloué aux CSSS des crédits annuels totalisant 1 000 000 $ dans le but, d'une part, de rehausser l'accès, l'intensité et la diversité des services de soutien à domicile offerts à la clientèle et, d'autre part, de consolider l'implantation de la fonction intervenant pivot en déficience physique. Cette mesure, en venant compléter les crédits alloués à cette fin en

2008-2009, s'inscrit en concordance avec les standards d'accès et de continuité introduits par le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience du MSSS.

- En ce qui a trait au soutien à la famille en déficience physique, une allocation directe de répit a été allouée à 712 familles cette année, alors que la cible 2010 établie par le MSSS est de 642 familles. Ajoutons qu'en 2009-2010, le montant moyen annuel alloué à chaque famille a été rehaussé comparativement à l'année précédente, passant de 881 $ à 983 $ par famille.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Soutien à domicile – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats[14] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[15] 2009-2010
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	18,1 % 3 727 pers.	17,4 % 3 580 pers.	17,0 % 3 495 pers.
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	17,4	19,8	17,7

COMMENTAIRES

Au cours de l'exercice 2008-2009, le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile n'a pas atteint l'objectif fixé à 3 580 usagers. Cependant, les CSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont desservi 50 usagers de plus que la cible 2010 fixée par le MSSS dans le cadre de sa planification stratégique 2005-2010 (3 445 usagers).

La diminution d'usagers par rapport à 2008-2009 est principalement reliée à la réévaluation de la clientèle en fonction de leurs besoins dans un des CSSS de la région. Ainsi, les usagers âgés de 65 ans et plus répondant aux critères d'admissibilité du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement ont été transférés dans ce programme puisque les services offerts répondent plus adéquatement à leurs besoins.

Au niveau de l'intensité de services, il est possible de constater que le nombre moyen d'interventions par usager a augmenté par rapport à 2008-2009. Cependant, la cible fixée à 19,8 interventions par usager qui prend en compte l'augmentation d'intensité reliée à l'ajout des crédits de développement 2009-2010 annoncé au cours de l'automne 2009 n'a pas été atteinte. Les effets de l'ajout de ces crédits devraient se faire sentir au cours des prochaines périodes.

Il est important de souligner que ces résultats ne tiennent pas compte des services d'aide à domicile offerts par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, ni par l'intermédiaire du chèque emploi-service ou des services de gré à gré. Ces modes de prestation de services à domicile sont particulièrement utilisés par cette clientèle. Ainsi, une estimation régionale de l'ensemble de ces fournisseurs porte à 75 le nombre moyen d'interventions à domicile que reçoit annuellement une personne ayant une déficience physique en Mauricie et au Centre-du-Québec.

[14] Résultats en date du 30 avril 2009
[15] Résultats en date du 11 mai 2010

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS	Résultats[16] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[17] 2009-2010
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	6,7 % 675 pers.	7,6 % 750 pers.	7,2 % 712 pers.

COMMENTAIRES

Bien que la cible fixée au 31 mars 2010 n'ait pas été atteinte, celle établie par le MSSS dans le cadre de sa planification stratégique 2005-2010 est dépassée. En effet, le résultat 2009-2010 est supérieur à la cible 2010 fixée à 642 familles. De plus, on constate une augmentation du nombre de familles recevant de l'allocation directe par rapport à 2008-2009.

Depuis plusieurs années, aucune famille n'est en attente de service de soutien par le mode d'allocation directe (répit-dépannage-surveillance ou gardiennage). L'enjeu régional demeure l'intensification de ce type de service. Tout comme par les années passées, le nombre moyen d'heures de services allouées pour les mesures de soutien aux familles a augmenté passant de 207 entre 2008-2009 à 231 en 2009-2010 (source : GESTRED formulaire 508).

LES SERVICES SPÉCIALISÉS D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION

Des services spécialisés de réadaptation en déficience motrice, auditive, visuelle, de la parole et du langage sont offerts dans la région. Les objectifs signifiés portent sur la pénétration des services et la réduction des listes d'attente.

Évolution de l'accessibilité et de la disponibilité des services spécialisés en adaptation et réadaptation physique :

- 3 798 personnes ont reçu des services spécialisés du Centre de réadaptation InterVal en 2009-2010, ce qui dépasse de façon significative la cible ministérielle pour 2010, qui a été établie à 3 548 personnes. Plus précisément, tout comme l'an passé, on note une augmentation du nombre de personnes desservies en déficience motrice et en déficience du langage. De plus, on constate également une progression du nombre de prises en charge de nouveaux usagers. Par contre, les difficultés liées au recrutement et aux mouvements d'effectifs dans certaines disciplines, notamment l'orthophonie, demeurent des enjeux et défis importants.
- En 2009-2010, l'Agence a alloué des crédits non récurrents totalisant 277 885 $ au Centre de réadaptation InterVal dans le but de faciliter l'accès aux services spécialisés de réadaptation. Cette mesure vise ainsi à faciliter la poursuite de la résorption de la liste d'attente et à assurer le respect des standards d'accès aux services tel qu'indiqué dans le plan d'accès.

[16] Résultats en date du 5 mai 2009
[17] Résultats en date du 17 mai 2010

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Services spécialisés – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

INDICATEURS	Résultats[18] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[19] 2009-2010
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3 599	3 840	3 798

COMMENTAIRES

Le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation a augmenté de 6 % par rapport à 2008-2009. Bien que le nombre de personnes rejointes dépasse la cible ministérielle 2010 fixée à 3 548 dans le cadre de sa planification stratégique 2005-2010, le résultat de 2009-2010 montre une atteinte à 99 % de la cible 2009-2010.

Des efforts ont été investis dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience afin de permettre aux personnes en attente de recevoir plus rapidement un premier service. En ce sens, l'établissement a mis en place des stratégies au cours des derniers mois permettant de diminuer le nombre de personnes en attente d'un premier service de plus de 40 %, passant de 290 au 1er avril 2009 à 173 au 31 mars 2010. Cette amélioration amène le Centre de réadaptation vers le respect des standards d'accès applicables en 2009-2010.

LE SOUTIEN À L'INTÉGRATION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

La Mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration dans les services de garde pour les enfants ayant d'importants besoins est une mesure conjointe entre le MSSS et le ministère de la Famille et des Aînés. Elle s'adresse tant aux enfants présentant une déficience physique qu'à ceux ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Le budget régional de 40 052 $ alloué en 2009-2010 a permis de soutenir l'intégration en milieu de garde de neuf enfants ayant d'importants besoins.

[18] Résultats en date du 30 avril 2009
[19] Résultats en date du 14 mai 2010

LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

CHAPITRE 12

LE SOUTIEN À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À LA FAMILLE PAR LES CSSS

Les services spécifiques offerts par les CSSS permettent de maintenir les personnes dans leur milieu de vie, de favoriser leur intégration et leur participation sociale, en plus de soutenir leur famille. À cet égard, les objectifs signifiés portent sur le nombre de personnes et de familles rejointes et l'intensité des services offerts à domicile par les CSSS.

- En 2009-2010, 414 personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont été desservies par les services de soutien à domicile des CSSS. Cette clientèle est toutefois majoritairement desservie par des éducateurs et des psychoéducateurs qui interviennent en milieu naturel dans une perspective d'intégration sociale. Ainsi, en considérant les interventions réalisées à domicile par ces intervenants, le nombre de personnes rejointes par les CSSS passe à 1 150, ce qui est nettement supérieur à la cible de 637 personnes établie par le MSSS.

- Les personnes desservies par les services de soutien à domicile des CSSS ont reçu en moyenne 12,64 interventions, ce qui est légèrement au-dessus de la cible fixée par le MSSS. En ajoutant les interventions réalisées à domicile par les éducateurs et les psychoéducateurs des CSSS et en considérant les autres modes de prestations de services (entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, chèques emploi-service ou services de gré à gré), la moyenne régionale est de 26,72 interventions par personne.

- Dans le cadre de l'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, des crédits annuels

totalisant 200 000 $ ont été alloués au programme DI-TED. Cet investissement visait, d'une part, à rehausser l'accès et l'intensité des services de soutien à domicile et d'autre part, à consolider la fonction d'intervenant pivot.

- En ce qui concerne le soutien à la famille en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, 929 familles ont reçu une allocation directe pour se procurer du répit, soit 50 familles de plus que l'an dernier. Notre région a fait le choix de n'avoir aucune liste d'attente et de répartir la totalité du budget entre toutes les différentes familles, dont le nombre augmente d'année en année.

- Enfin, soulignons que l'Agence a rehaussé cette année le budget destiné au soutien à la famille des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Un montant non récurrent de 55 577 $ a ainsi été octroyé dans le but de rehausser le montant moyen versé aux familles pour se procurer du répit. En 2009-2010, le montant annuel moyen versé par famille était de 985 $, comparativement à 923 $ l'an dernier.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS		Résultats[20] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[21] 2009-2010
1.5.11	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	432	403	414
1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	15,4	12,8	12,6

COMMENTAIRES

Le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED qui ont reçu des services de soutien à domicile en 2009-2010 est supérieur à la cible fixée.

Par ailleurs, le nombre de personnes rejointes à domicile est beaucoup plus élevé que montrent les résultats de cet indicateur. En effet, depuis plusieurs années, en Mauricie et au Centre-du-Québec, les psychoéducateurs dédiés à cette clientèle en CSSS inscrivent les interventions qu'ils effectuent dans le centre d'activités 7101 spécifique à l'intervention dans le milieu. Actuellement les activités réalisées dans ce centre d'activités ne sont pas incluses dans le calcul de l'indicateur. Si ces services offerts à domicile étaient inclus dans les résultats 2009-2010, 736 personnes seraient ajoutées pour un total de 1 150 usagers différents.

Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions offertes à ces usagers, la cible présentée prend en compte l'augmentation d'intensité reliée à l'ajout des crédits de développement 2009-2010 annoncé en octobre 2009. Les effets de l'ajout de ces crédits devraient se faire sentir au cours des prochaines périodes. Le résultat de 2009-2010 montre cependant que l'engagement est atteint à 98 %.

En considérant le centre d'activités 7101 pour les interventions réalisées uniquement à domicile, ainsi que l'ajout des services offerts par les entreprises d'économie sociale et d'aide domestique, le chèque emploi-service et les services de gré à gré, le nombre moyen d'interventions à domicile estimé par personne présentant une déficience intellectuelle ou un TED serait de 26,7 au lieu de 12,6.

[20] Résultats en date du 30 avril 2009
[21] Résultats en date du 3 mai 2010

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEURS		Résultats[22] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[23] 2009-2010
1.5.13	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	879	835	929

COMMENTAIRES

Le nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe dépasse la cible fixée au 31 mars 2010 à 835 ainsi que celle établie à 619 par le MSSS dans le cadre de sa planification stratégique 2005-2010. Depuis plusieurs années, aucune famille n'est en attente de service de soutien par le mode d'allocation à directe (répit-dépannage-surveillance ou gardiennage).

Outre le fait de desservir 50 familles de plus qu'en 2008-2009, le nombre moyen d'heures de services allouées pour les mesures de soutien aux familles a augmenté passant de 217 entre 2008-2009 à 232 en 2009-2010 (source : GESTRED formulaire 508).

LES SERVICES SPÉCIALISÉS D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION

Des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation sont offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dans l'ensemble de la région par le CRDITED MCQ – Institut universitaire.

- Cette année, l'Agence a alloué un montant annualisé de 146 253 $ au CRDITED MCQ – Institut universitaire afin de renforcer sa capacité d'offrir le service d'intervention comportementale intensive (ICI) à tous les enfants de moins de 6 ans qui le requièrent. Ainsi, 45 enfants ont reçu les services ICI, comparativement à 42 enfants l'an dernier.

- En 2009-2010, 54 enfants ont été évalués dans le cadre de la trajectoire régionale d'évaluation-diagnostic TED 0-17 ans, laquelle implique la collaboration des CSSS, du centre de réadaptation en déficience intelletuelle et du centre de réadaptation en déficience physique.

LE SOUTIEN À LA FAMILLE DANS LA COMMUNAUTÉ

L'Agence a alloué un montant annualisé de 80 000 $ à trois organismes communautaires dont la mission consiste à offrir du répit aux familles vivant avec une personne ayant une déficience. Ainsi, L'Ami-temps des Bois-Francs, L'Évasion service de gardiennage et de répit et l'Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie ont tous obtenu un rehaussement de leur financement. Cet investissement permet de répondre aux besoins exprimés par les familles en améliorant l'accessibilité et la diversité de l'offre de répit dans la région.

[22] Résultats en date du 5 mai 2009
[23] Résultats en date du 21 mai 2010

LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

CHAPITRE 13

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES CSSS

- Le programme *Faire la courte échelle* vise l'intégration des services pour les familles présentant une problématique de négligence. Il est déployé dans les huit CSSS de la région. Sur chaque territoire, une répondante s'assure de la coordination des plans de services individualisés, du support aux intervenants et des activités de promotion et de formation.

- Le programme *Ensemble pour les enfants* a quitté le stade de projet en s'implantant de manière permanente depuis mars 2010 dans deux quartiers défavorisés de Shawinigan. Le programme constitue un modèle de services novateurs et uniques au Québec. Une équipe de quartier intégrée, constituée d'intervenants du CSSS de l'Énergie et du Centre jeunesse, agit au quotidien dans la communauté. L'intervention de l'équipe de quartier facilite l'accessibilité, garantit la continuité, augmente l'intensité et la qualité des services à une clientèle qui est souvent réticente à recourir aux services. L'Agence, le MSSS et les deux établissements soutiennent financièrement la coordination des équipes.

- Les services intégrés pour adolescents présentant un trouble de comportement et leur famille sont bien vivants dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ainsi, la majorité des CSSS ont implanté le programme *Adolescent-agressivité-action* ou sont sur le point de le faire. Un dernier établissement a plutôt choisi de démarrer le programme *Pratiquons ensemble nos compétences.*

- Les activités relatives à la supervision des droits d'accès, implantée dans sept territoires de CSSS, fonctionnent aussi

très bien. Rappelons que ce service a pour but de faciliter les échanges de garde dans le cas de situations familiales tendues ou de superviser les visites lorsque la Cour l'ordonne. Ces activités ne sont pas associées à celles du Centre jeunesse.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions par année, par usager.

INDICATEURS	Résultats[24] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[25] 2009-2010
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	12,0 % 10 513	10,6 % 9 099	12,3 % 10 596
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,6	7,0	6,6

COMMENTAIRES

Le nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS dépasse largement la cible 2010 du MSSS dans le cadre de sa planification stratégique 2005-2010 fixée à 6 453 pour la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que celle établie à l'entente de gestion 2009-2010 à 9 099 usagers.

En 2009-2010, 69 833 interventions ont été réalisées auprès des jeunes et de leur famille, soit une augmentation de 18 532 interventions (36 %) depuis 2005-2006. La consolidation de la trajectoire de services aux jeunes en difficulté et leur famille ainsi qu'un ajout important d'intervenants au cours des dernières années expliquent l'augmentation enregistrée.

Cependant, l'intensité de service offerte à cette clientèle demeure un enjeu en Mauricie et au Centre-du-Québec. Ainsi, le grand nombre d'usagers rejoints augmente la difficulté à atteindre l'intensité requise. La cible fixée à 7 interventions par usager n'a pas été atteinte au cours de 2009-2010, mais le résultat se situe très près soit une moyenne de 6,6 interventions par usager.

L'indicateur actuel inclut les interventions effectuées en individuel, en couple et en famille. Il exclut les interventions de groupe préconisées par la direction de la jeunesse et de la toxicomanie du MSSS pour certains domaines d'activités notamment pour le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC). Au cours de 2009-2010, 38 groupes ont été rejoints par les CSSS pour un total de 426 rencontres à raison de 7 usagers en moyenne par rencontre.

L'ENTENTE DE COMPLÉMENTARITÉ MELS-MSSS

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, l'entente de complémentarité entre le MELS et le MSSS a, cette année encore, donné lieu à plusieurs activités conjointes aux niveaux régional et local.

Le Plan de services individualisé et intersectoriel (PSII)

Un comité de travail régional regroupant des acteurs des deux réseaux a élaboré un cadre de référence dont le principal objectif est de favoriser la mise en œuvre des plans de services individualisé et intersectoriel dans la région, afin d'offrir une réponse adaptée et concertée aux besoins des enfants et de leur famille. La mise en œuvre des

[24] Résultats en date du 30 avril 2009
[25] Résultats en date du 2 mai 2010

PSII constitue un dossier prioritaire pour les cinq prochaines années.

Tous les outils dans le même étui

L'Agence a débuté la mise en œuvre des actions de *Tous les outils dans le même étui,* un cadre de référence visant la mise en place d'un continuum de services intégrés des réseaux de la santé et des services sociaux, ainsi que de l'éducation pour les jeunes 5-12 ans qui présentent des difficultés ou troubles du comportement. Une chargée de projet a été engagée par les deux réseaux afin de coordonner les travaux, d'assurer la diffusion du cadre de référence et de planifier le déploiement des actions préconisées dans l'ensemble de la région.

Concentrons nos énergies

Dans le cadre du Plan d'action régional sur le déficit d'attention/hyperactivité, plusieurs activités destinées aux intervenants œuvrant auprès des jeunes et des adultes ont été organisées afin de consolider leurs connaissances sur cette problématique. Ces activités se sont réalisées à travers cinq séances de formation portant sur la connaissance de la problématique, l'évaluation et l'intervention. Des études de cas complexes ainsi que du support-conseil ont également été offerts. Un peu plus de 120 professionnels des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation ont pu bénéficier de ces rencontres.

LA PERSÉVÉRANCE SCOLAIRE

L'Agence est partenaire aux ententes spécifiques sur la mobilisation et le partenariat pour la réussite éducative en Mauricie et au Centre-du-Québec, convenues en 2009-2010. L'Agence s'est d'abord engagée à soutenir financièrement la réalisation de ces ententes, en y affectant des montants de 10 000 $ pour le Centre-du-Québec et de 15 000 $ pour la Mauricie. L'Agence a également participé au comité COMPERES en Mauricie et au comité sur la réussite éducative au Centre-du-Québec, regroupant des acteurs de plusieurs organismes de la région : ministères concernés, commissions scolaires, collèges, conférences régionales des élus, UQTR, etc. Les objectifs de ces comités visent une hausse de la persévérance scolaire à travers des actions concrètes, telles : une campagne de prévention, des parcours de réinsertion sociale et de qualification pour les personnes qui présentent un parcours scolaire atypique, le développement de la formation professionnelle et technique en réponse aux besoins de la région, la collaboration avec le milieu des affaires, etc. Deux journées de mobilisation régionale ont eu lieu à l'automne 2009.

L'ENTENTE MULTISECTORIELLE

L'Entente multisectorielle développée pour les situations d'enfants victimes d'abus sexuels et de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins menaçant leur santé a permis de rejoindre de nombreux partenaires de la région par des formations et du travail de sensibilisation portant sur cette problématique.

LES SERVICES SPÉCIALISÉS EN CENTRE JEUNESSE

- Pour l'année 2009-2010, le nombre de signalements reçus et retenus par 1 000 jeunes est considérablement supérieur à la moyenne du Québec. En effet, dans la région, on compte 71 signalements reçus et 28,36 signalements retenus pour 1 000 jeunes, alors que la moyenne provinciale est de 48,47 signalements reçus et 20,85 signalements retenus. Évidemment, cette situation entraîne des contraintes dans les services. Toutefois, le taux de rétention des signalements de la région (39,95 %) est légèrement inférieur à la moyenne nationale (43,01 %). De plus, pour l'année 2009-2010, on note une légère hausse des signalements reçus, retenus et du taux de rétention pour la région, mais également pour le Québec. En effet, en 2008-2009, on comptait dans la région 70,41 signalements reçus et 26,17 signalements retenus pour 1000 jeunes et le taux de rétention atteignait 37,18 %.

- En 2009-2010, on observe une diminution du délai d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse par rapport à l'année 2008-2009. On note également une augmentation du nombre moyen d'interventions à l'application des mesures. Ainsi, pour la dernière période financière 2009-2010, le nombre moyen d'interventions à l'application des mesures est de 2,04, alors qu'il était de 1,72 en 2008-2009. Le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents a également connu une baisse cette année.

- Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, un budget récurrent de 229 500 $ a été octroyé au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Cette somme permettra d'offrir le Programme de qualification des jeunes qui aide des jeunes qui ont connu de longs placements, à développer leur autonomie et à favoriser leur accès au marché du travail. Ces jeunes

bénéficieront d'un accompagnement intensif, d'un soutien vers le passage à la vie adulte et ce, pendant trois ans, soit jusqu'à l'âge de 19 ans. Un montant supplémentaire de 76 500 $ a également été versé au Centre jeunesse dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 afin d'offrir le Programme de qualification des jeunes à dix nouveaux jeunes.

- À l'intérieur des activités découlant du Plan de formation Jeunes en difficulté 2008-2010, le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est vu attribuer un montant de 18 123 $ pour offrir une formation sur l'encadrement intensif qui compte trois volets, soit l'hébergement et l'intervention en unité d'encadrement intensif, l'isolement et la contention. Les unités d'encadrement intensif hébergent des jeunes qui présentent des comportements qui pourraient nuire à leur sécurité ou à celle des autres et qui nécessitent donc un encadrement plus serré.

- En continuité avec le Plan de formation Jeunes en difficulté 2008-2010, un budget de 45 885 $ est alloué au Centre jeunesse pour la formation *Projet de vie*, visant à développer un projet de vie pour tous les enfants pris en charge par le directeur de la protection de la jeunesse et qui font l'objet d'un placement. À cela s'est ajouté un montant de 3 119 $ afin de favoriser la participation des familles d'accueil à une activité de sensibilisation portant sur la notion de projet de vie.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEURS	Résultats[26] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[27] 2009-2010
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	8,0	12,0	11,6
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	19,6	30,0	14,8
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	11,8	14,0	9,3

COMMENTAIRES

Depuis plusieurs années, les délais moyens enregistrés au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec sont plus courts que les cibles ministérielles fixées.

Le délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse est de 11,6 jours, soit 0,4 de moins que la cible fixée. L'augmentation du délai par rapport à 2008-2009 serait attribuable à un manque d'effectifs au cours des premières périodes de l'année.

En 2009-2010, pour l'ensemble des périodes financières, le délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse ainsi que le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) ont été moindre que les normes visées. De plus, il est possible de constater que ces délais ont diminué par rapport à l'exercice précédent.

[26] Résultats en date du 30 avril 2009
[27] Résultats en date du 2 mai 2010

LE PROGRAMME DÉPENDANCES

CHAPITRE 14

Conformément aux Orientations régionales en dépendances 2008-2012, l'Agence a poursuivi ses efforts afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de jeu pathologique.

L'ALCOOLISME ET LA TOXICOMANIE

- Un soutien financier annuel de 108 100 $ a été alloué au centre Le Grand Chemin inc. afin de consolider le financement des services spécialisés de réadaptation avec hébergement s'adressant aux jeunes en difficulté nécessitant le retrait de leur milieu. Permettant l'ajout de deux postes de conseillers, cette allocation supplémentaire vise à augmenter la capacité d'accueil du centre, passant de 12 à 14 places. Cette mesure devrait permettre de diminuer le délai d'attente et de rejoindre, annuellement, 25 adolescents additionnels provenant de la région.

- L'Agence a maintenu la répartition annuelle d'une somme de 150 000 $ aux huit tables territoriales de concertation en dépendances pour assurer la réalisation d'actions en prévention des toxicomanies auprès de toutes les clientèles, particulièrement les jeunes.

- Le domaine des dépendances a été priorisé et intégré dans le cadre de la promotion des pratiques cliniques préventives effectuée par les conseillers en prévention auprès des médecins et autres professionnels de la santé au sein des GMF.

- Dans le but de soutenir les CSSS dans le déploiement du programme *Alcochoix +*, l'Agence a financé des actions visant la promotion du programme de consommation contrôlée sur chacun des territoires, dont la diffusion de publicités dans les médias locaux.

- L'Agence participe également, depuis novembre 2007, à une expérience pilote avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le centre de réadaptation Domrémy et les organismes d'hébergement en alcoolisme et toxicomanie. Ce projet prévoit le remboursement des frais de séjour et d'hébergement aux personnes bénéficiant de l'aide de la solidarité sociale dans l'une ou l'autre des ressources certifiées du Québec. Dans la prochaine année, les partenaires du projet pilote examineront l'opportunité d'élargir le projet à certaines personnes judiciarisées.

- Dans la région, on compte 15 organismes offrant des services d'hébergement aux personnes ayant une dépendance. Au 31 mars 2010, sept ressources avaient, sur une base volontaire, obtenu la certification du MSSS, deux étaient en processus de certification et une dernière était en révision. Notons que l'introduction, en cours d'année, du règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique rend obligatoire l'obtention d'un certificat de conformité pour les ressources offrant de l'hébergement aux personnes aux prises avec un problème de dépendance, à compter du 30 juin 2010.

LE JEU PATHOLOGIQUE

- L'Agence a maintenu la répartition annuelle d'une somme de 90 000 $ aux huit tables territoriales de concertation en dépendances pour assurer la réalisation d'actions en prévention du jeu pathologique auprès de la population.

- L'Agence a poursuivi son soutien au Plan d'action lié à l'implantation du Salon de jeux à Trois-Rivières visant à prévenir et à limiter les méfaits associés aux jeux de hasard et d'argent.

- Le directeur régional de santé publique s'est joint à ses collègues des autres régions qui, ensemble, ont déposé un mémoire sur les enjeux reliés à l'étatisation des jeux d'argent sur Internet. Les directeurs ont également formulé des recommandations visant à prévenir et à limiter les risques associés à cette nouvelle offre de jeux, dont :

    - le report de l'implantation des jeux d'argent par Internet afin de permettre la réalisation de travaux préalables portant notamment sur l'amélioration des connaissances sur les impacts potentiels de la diversification de l'offre de jeux, les alternatives visant à protéger la population, le financement de campagne de prévention, ainsi que l'efficacité de différents dispositifs de prévention;

    - la formation d'un comité d'éthique sociale sur le jeu étatisé;

    - si le projet est jugé sécuritaire, le lancement des activités pour une période transitoire afin de monitorer les impacts de cette nouvelle offre de jeux ainsi que ses modalités de commercialisation;

    - la création d'une politique québécoise sur les jeux d'argent.

Le conseil d'administration de l'Agence a appuyé cette position par voie de résolution.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Jeu pathologique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEURS	Résultats[28] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[29] 2009-2010
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	3,8 % 239 pers.	5,6 % 348 pers.	3,4 % 211 pers.

COMMENTAIRES

À la lecture des résultats, on constate une diminution du nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique. Cependant, ces résultats ne tiennent plus compte des réinscriptions en cours d'année alors que celles-ci étaient considérées en 2008-2009. Le résultat 2009-2010 comparable à 2008-2009 devrait être de 250 usagers.

Des efforts importants ont été déployés par le Centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec afin de promouvoir ces services et stimuler les références de la part des partenaires. Par ailleurs, le CSSS de Trois-Rivières poursuit la réalisation des actions prévues au Plan d'action lié à l'implantation du salon de jeux à Trois-Rivières, notamment en assurant la présence d'une intervenante sur le site, à raison de quatre heures par semaine, afin d'effectuer des activités de prévention, d'informer la clientèle sur les notions de hasard, sur les risques associés à ce type d'activités ainsi que sur les services disponibles dans la région.

Enfin, la formation en matière de dépistage et d'intervention précoce en dépendances pour les employés des CSSS œuvrant à l'Accueil-Évaluation-Orientation, auprès des adultes à risque de développer une dépendance et dans le secteur périnatalité est prévue pour l'automne 2010. Cette mesure ainsi que les autres prévues aux Orientations régionales en dépendances 2008-2012 devraient permettre d'augmenter les références à Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. Il est toutefois important de préciser qu'aucune personne n'est actuellement en attente de services spécialisés pour le jeu pathologique en Mauricie et au Centre-du-Québec.

[28] Résultats en date du 30 avril 2009
[29] Résultats en date du 12 mai 2010

LE PROGRAMME
SANTÉ MENTALE

CHAPITRE 15

LES SERVICES AUX JEUNES

Les services de première ligne

L'année 2009-2010 a été principalement une année de consolidation des actions mises en place au cours des années précédentes, dans le contexte de la mise en œuvre des trajectoires jeunesse en santé mentale. La majorité des mesures préconisées par ces trajectoires ayant été implantée, entre autres par le développement des équipes de première ligne et la mise en place de guichets d'accès dans chaque territoire de CSSS. L'Agence s'est plutôt assuré, avec les CSSS de la région, que les mesures mises en place sont fonctionnelles et garantissent un meilleur accès aux services en santé mentale pour les jeunes de la région.

Les services de deuxième ligne

Une mesure de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 a permis de poursuivre le soutien aux jeunes qui présentent des problèmes de santé mentale ou encore qui ont des tendances suicidaires. À cet égard, un montant de 72 107 $ a été reconduit au Centre jeunesse pour le maintien des équipes multidisciplinaires de deuxième niveau qui interviennent en soutien et support aux intervenants qui travaillent avec des jeunes présentant des idéations suicidaires ou des troubles de santé mentale.

LES SERVICES AUX ADULTES

Des services de santé mentale de première ligne sont accessibles aux adultes dans les huit CSSS de la région. Pour les personnes présentant une problématique de santé mentale plus complexe, des services spécialisés sont offerts par le CHRTR et quatre CSSS de la région.

En 2009-2010, l'Agence a poursuivi la mise en place des mesures du Plan d'action 2005-2010 en santé mentale. Aussi, en concordance avec la démarche d'évaluation amorcée par le MSSS, l'Agence a fait appel à la contribution de ses principaux partenaires pour dégager un bilan régional de la mise en œuvre du plan d'action.

Les services de première ligne

En 2009-2010, l'Agence a entrepris l'élaboration d'un cadre de référence régional définissant l'offre de services de première ligne et la hiérarchisation des services en santé mentale adulte.

Les équipes de première ligne en santé mentale adulte

En 2009-2010, les travaux de mise en place d'un guichet d'accès en santé mentale dans chacun des RLS de plus de 50 000 habitants ont été complétés. De surcroît, la diffusion et le déploiement du Cadre de référence régional sur le guichet d'accès en santé mentale – clientèle adulte ont contribué à la fluidité entre les services généraux (médical et psychosocial) et les services de première santé mentale.

Le soutien d'intensité variable (SIV)

Le soutien d'intensité variable, offert par les équipes de santé mentale première ligne des CSSS de la région, vise à la fois le maintien dans la communauté de la personne ayant un trouble mental grave et l'amélioration de sa qualité de vie. Les interventions effectuées auprès de cette personne se déroulent presque exclusivement dans son milieu de vie.

Par ailleurs, des travaux d'évaluation de l'implantation du Programme de soutien d'intensité variable, par le biais d'analyses de certaines mesures statistiques provenant des CSSS, sont en cours.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : ▪ En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) ▪ En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

INDICATEURS	Résultats[30] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[31] 2009-2010
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	92/100 000 444 pers.	120/100 000 584 pers.	95/100 000 462 pers.
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	63/100 000 303 pers.	63/100 000 303 pers.	59/100 000 287 pers.

COMMENTAIRES

Soutien d'intensité variable dans la communauté

Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté sont offerts par les CSSS et regroupent les services d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale destinées aux personnes présentant des troubles mentaux graves. Ces services spécifiques offerts dans une perspective de rétablissement et de réadaptation devraient permettre le retour d'une personne à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. La clientèle en soutien d'intensité variable nécessite en moyenne de 2 à 7 rencontres par période de 28 jours dans le milieu de vie de la personne.

Au cours de 2009-2010, 1 263 usagers différents ont été rencontrés au moins deux fois dans une période. En moyenne, 462 usagers ont reçu des services d'intensité variable dans la communauté. Le nombre de personnes recevant ce type de services a augmenté de façon importante depuis les dernières années. Ainsi, le nombre d'usagers moyen est passé de 173 en 2005-2006 à 462 en 2009-2010, soit une augmentation de 289.

Bien que des efforts importants aient été consentis à ce type de services, le résultat de 2009-2010 demeure sous la cible fixée. Cependant, la performance régionale pour cet indicateur se situe dans le premier quartile par rapport à l'ensemble du Québec (95 usagers/100 000 de population rejoints en Mauricie et au Centre-du-Québec par rapport à 52/100 000 pour l'ensemble du Québec).

Le programme de soutien d'intensité variable dans la communauté requiert des efforts importants des intervenants pour rejoindre la clientèle visée. De plus, un enjeu demeure au niveau du recrutement et de la rétention du personnel. En effet, on constate un haut taux d'absence et de roulement de personnel dans la majorité des CSSS. L'arrivée de nouveaux intervenants nécessite une orientation et une adaptation à cette approche.

Suivi intensif dans le milieu

Le suivi intensif dans le milieu regroupe les activités d'évaluation, de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale requises par des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Les difficultés vécues par ces personnes sont telles qu'elles présentent une condition souvent instable et qu'elles courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées ou prolongées. Cette forme de soutien est offerte selon un modèle de travail en équipe par des intervenants qui offrent les services cliniques dans le milieu. La clientèle en suivi intensif dans le milieu nécessite en moyenne plus de huit rencontres par période de 28 jours.

Le nombre d'usagers recevant des services de suivi intensif dans la communauté a diminué au cours de la dernière année. Cette situation s'explique principalement par la mise en place des services de soutien d'intensité variable dans la communauté. Bien que la cible 2009-2010 n'ait pas été atteinte, le nombre d'usagers desservis dépasse la cible 2010 fixée par le MSSS à 271 usagers.

[30] Résultats en date du 30 avril 2009
[31] Résultats en date du 2 mai 2010

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Services de première ligne – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEURS	Résultats[32] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[33] 2009-2010
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	4 087	4 977	4 439

COMMENTAIRES

Nombre d'usagers de moins de 18 ans : 1 147 (soit 169 de plus qu'en 2008-2009)
Nombre d'usagers de 18 ans et plus : 3 292 (soit 183 de plus qu'en 2008-2009)

Le pourcentage d'atteinte de la cible au 31 mars 2010 se situe à 89 %. Bien que celle-ci n'ait pas été atteinte, on remarque une augmentation de 352 usagers soit 9 % par rapport à 2008-2009. Plus particulièrement, le nombre de jeunes rejoints a augmenté de 169, soit 17 % tandis que le nombre d'adultes de 183, soit 6 %. La consolidation des services spécifiques, particulièrement par la mise en place des guichets d'accès et par l'ajout de ressources humaines au cours des dernières années a permis d'augmenter le nombre d'usagers rejoints en première ligne.

Il demeure cependant un enjeu au niveau des ressources humaines plus particulièrement quant à la disponibilité des effectifs médicaux. Plusieurs CSSS invoquent des difficultés de rétention et de recrutement du personnel. Des efforts sont déployés en ce sens.

Il faut noter que les activités de groupe ne sont pas comptabilisées dans ces résultats. À titre indicatif, 30 groupes ont été formés en 2009-2010 pour un total de 228 rencontres qui ont permis de rejoindre en moyenne 6 usagers par rencontre.

La problématique du suicide

Le Programme de la santé mentale porte un intérêt soutenu en ce qui a trait à la problématique du suicide. En particulier, en travaillant de pair avec la santé publique, l'Agence s'assure de consolider l'arrimage entre les volets prévention et organisation de services.

L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide :

- En octobre 2009, une entente spécifique pour l'implantation de réseaux de sentinelles auprès de la population 0-100 ans a été signée entre l'Agence et les cinq centres de prévention du suicide de la région. Cette entente vise à ce que ces organismes travaillent à l'établissement de réseaux de sentinelles en étroite collaboration avec les huit CSSS de la région et tout autre partenaire impliqué.
- À l'occasion de la Semaine nationale de prévention du suicide, du 31 janvier au 7 février 2010, plusieurs activités de communication ont été menées par l'Agence, avec la collaboration des partenaires, dans le but de démystifier le rôle d'une sentinelle en prévention du suicide.
- Dans chacun des territoires de CSSS, des réseaux de sentinelles ont été implantés dans des milieux regroupant des clientèles à risque de suicide. Au total, 310 sentinelles ont été formées dans l'ensemble de la région en 2009-2010 : 80 sentinelles en milieu scolaire, 83 en milieu de travail, 36 en milieu agricole et 111 en milieu communautaire.

[32] *Résultats en date du 30 avril 2009*
[33] *Résultats en date du 2 mai 2010*

Les services de deuxième ligne

La mise en place des différentes mesures du Plan d'action en santé mentale (guichet d'accès, SIV, équipe première ligne) a contribué à une diminution considérable de la liste d'attente pour des services de deuxième ligne.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services d'urgence – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :

- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

INDICATEURS	Résultats[34] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[35] 2009-2010
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	16,0	14,0	16,2
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3,2	2,5	3,8

COMMENTAIRES

Les efforts conjoints des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans la gestion des salles d'urgence et dans la mise en place des services adéquats en santé mentale ont permis de contenir la situation en 2009-2010. Bien que nos objectifs ne soient pas atteints, les résultats régionaux se situent en deçà de ceux enregistrés pour l'ensemble du Québec, plaçant la région respectivement par indicateur au 7e et 8e rang sur 16.

Plusieurs variables influencent les consultations à l'urgence et la durée moyenne de séjour sur civière : les effectifs médicaux sur le territoire, la prise en charge dans la communauté, les pratiques à l'interne des établissements comme la gestion de l'accès aux lits hospitaliers, la gestion des cas à la salle d'urgence, etc.

Un des quatre établissements concernés par ce suivi atteint les résultats attendus. Malgré le fait qu'il affiche un moindre indice d'accès aux services en spécialité psychiatrique, ses résultats le situent même sous la norme ministérielle. Par ailleurs, ce même établissement affiche le meilleur résultat de la région pour le soutien d'intensité variable dans la communauté.

Ce dernier élément d'analyse milite entre autres en faveur de la poursuite des mesures du plan d'action en santé mentale, lesquelles permettent de renforcer les services dans la communauté. La mise en place des guichets d'accès pour la clientèle adulte, l'intensification des services de soutien d'intensité variable et de suivi intensif dans la communauté en sont des exemples.

[34] *Résultats en date du 20 mai 2009*
[35] *Résultats en date du 14 mai 2010*

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services de deuxième ligne – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

INDICATEURS	Résultats[36] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[37] 2009-2010
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ligne ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	550	284	217

COMMENTAIRES

Alors que le nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne supérieur à 60 jours est resté relativement stable pour les jeunes passant de 23 à 19, une amélioration notable a été enregistrée pour la clientèle adulte. En effet, malgré une pénurie d'effectifs médicaux en psychiatrie, le nombre d'usagers adultes en attente est passé de 527 en 2008-2009 à 198 en 2009-2010, soit une diminution de 329 usagers.

L'amélioration de la situation en 2009-2010 est due entre autres au renforcement de l'offre de services de première ligne, notamment par la mise en place des guichets d'accès pour la clientèle jeunes et adultes au cours des dernières années. En plus de consolider les liens entre la première et la deuxième ligne, le guichet d'accès favorise le fait que la bonne personne reçoive le bon service, au bon moment et au bon endroit. En ce sens, les cas en attente de service de deuxième ligne ont été revus. Certains d'entre eux ont été redirigés vers d'autres services plus appropriés ou les personnes ont reçu une réponse à leurs besoins.

De plus, au cours de 2009-2010, l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne dans un territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec se poursuit. On constate encore les retombées suite à l'intégration physique, il y a 2 ans, des deux équipes dans un même lieu physique. Ces actions ont grandement contribué à la diminution du nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services est supérieur à 60 jours.

[36] *Résultats en date du 30 avril 2009*
[37] *Résultats en date du 2 mai 2010*

LE PROGRAMME
SANTÉ PHYSIQUE

CHAPITRE 16

LES SERVICES D'URGENCE

Au cours de l'année 2009-2010, les urgences des différents établissements de la région ont fait l'objet d'un suivi quotidien par l'Agence concernant le nombre de patients séjournant depuis plus de 48 heures sur civière. La Direction nationale des urgences du MSSS et l'Agence ont porté une attention particulière au CHRTR, compte tenu de l'écart important de cet établissement à l'atteinte des cibles visées. En collaboration avec les partenaires du réseau, le CHRTR a trouvé des solutions afin de favoriser une plus grande fluidité de la clientèle sur civière ainsi que de celle hospitalisée.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus dans la région démontrent une amélioration des indicateurs si l'on compare avec l'année précédente. Toutefois, les efforts sont à maintenir pour atteindre les cibles du MSSS, notamment avec les personnes âgées.

En effet, la pression exercée en raison de la proportion de personnes de 75 ans et plus est importante dans la région, ce qui contribue à l'encombrement des urgences. Malgré tout, une légère diminution de la durée moyenne de séjour à l'urgence a été observée pour cette catégorie de personnes en 2009-2010. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale représentent elles aussi une clientèle qui exerce une pression sur l'urgence et pour laquelle les indicateurs sont légèrement moins favorables cette année.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Services d'urgence – santé physique**

Objectifs de résultats 2005-2010

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

INDICATEURS	Résultats[38] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[39] 2009-2010
1.9.1 Séjour moyen sur civière	14,9	13,0	14,3
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	20,1	14,4	19,0
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	4,6	2,0	4,2
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	10,1	3,5	8,7

COMMENTAIRES

L'achalandage dans les principales salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec augmente d'année en année. En effet, entre 2005-2006 et 2009-2010, on enregistre une augmentation de 8 % au chapitre des visites à l'urgence. On note aussi des augmentations de 10 % des patients sur civière et de 20 % pour la clientèle de 75 ans et plus. Le nombre d'arrivées en ambulance dans les salles d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pour sa part augmenté de 15 % entre 2005-2006 et 2009-2010, et de 24 % pour la clientèle de 75 ans et plus. Malgré cette hausse, les résultats régionaux atteints en 2009-2010 s'avèrent encourageants compte tenu de leur diminution par rapport à ceux de l'année précédente.

Pris individuellement, trois établissements à vocation hospitalière respectent ou se situent très près des normes ministérielles reliées à l'urgence. Un seul établissement vit des difficultés plus importantes au niveau des séjours moyens à l'urgence ainsi que du nombre de séjours de 48 heures et plus. Cet établissement fait d'ailleurs l'objet d'un suivi spécifique de l'Agence et de la Direction nationale des urgences. Cependant, cet établissement, avec la collaboration des CSSS en périphérie et du centre de réadaptation en déficience physique, ont identifié des mesures porteuses favorisant un redressement de la situation. Ces mesures, mises en place en fin d'année ou à venir au cours de l'exercice 2010-2011, sont les suivantes :

- l'ouverture d'une unité de décision clinique (UDC) de douze lits qui sera fonctionnelle en septembre 2010;
- la mise en place du mécanisme de prise en charge des patients orphelins à l'urgence par les médecins omnipraticiens et les spécialistes de l'établissement;
- la mise en place de la coordination médicale à l'urgence de l'établissement (7 jours sur 7);
- la présence d'un gériatre pour soutenir les équipes soignantes;
- la mise en place d'un projet consistant à prendre en charge à domicile les personnes âgées dont les soins actifs sont terminés. La personne ainsi ramenée à domicile, avec tout le soutien que cela requiert, pourra éventuellement attendre son admission dans une ressource d'hébergement à partir du domicile;
- la présence quotidienne d'un agent de liaison du CSSS sur les unités de soins permettra de préparer le soutien à domicile des personnes âgées à risque de nécessiter un hébergement à la fin de leurs soins actifs.

Ces mesures devraient se traduire par une amélioration significative de la situation à l'urgence de l'établissement en difficulté au cours de l'année 2010-2011.

Parallèlement à ces mesures, des investissements importants ont été faits dans tous les CSSS de la région ainsi qu'au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières pour soutenir la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques. En effet, la prise en charge de cette clientèle permet d'éviter des visites récurrentes à l'urgence. De plus, le recrutement effectué en omnipratique au cours des dernières années a permis de contenir le manque d'effectifs médicaux en première ligne et de voir poindre une amélioration de la prise en charge médicale, notamment pour cette clientèle vulnérable. Le taux d'atteinte du Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique se situe à 82 %, en progression depuis 3 ans, mais tout de même parmi les plus bas au Québec.

[38] Résultats en date du 20 mai 2009
[39] Résultats en date du 14 mai 2010

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

- Au cours de l'année 2009-2010, le Centre de communication santé a traité plus de 79 000 appels provenant de la population et des établissements, ce qui représente une diminution de 4 % par rapport à l'année précédente (82 000 appels). Cette diminution est attribuable principalement à une baisse du nombre d'appels provenant de la population. Parmi les réalisations du CCS, notons la mise en place d'un projet pilote au niveau de la transmission informatique des cartes d'appel dans les véhicules ambulanciers. De plus, en janvier dernier, tous les répartiteurs ont reçu une formation de mise à niveau de la version 12 du protocole de prise d'appels MPDS.

- Au regard des premiers répondants, toutes les municipalités ont signé le nouveau protocole d'entente avec l'Agence et les entreprises ambulancières. Afin de soutenir les équipes de premiers répondants, l'Agence a versé 126 500 $ à ces municipalités. De plus, deux cohortes de 12 nouveaux premiers répondants chacune ont été créées afin de consolider les équipes. Ainsi, le nombre total de premiers répondants en services sur le territoire est de 224. Également, 29 municipalités sur 30 possèdent un défibrillateur. L'Agence a accordé un montant de 4 000 $ à ces municipalités afin qu'elles acquièrent le nouveau modèle AED-PRO de marque Zoll.

- L'ajout d'un quart de travail de 10 heures pour les 7 jours de la semaine a été autorisé à Ambulances 33-33 inc. de St-Tite, et ce, depuis le 1er décembre 2009, afin d'augmenter l'accessibilité aux services pour la population de ce territoire.

- Au courant de l'année, l'Agence a offert 55 sessions de perfectionnement aux techniciens ambulanciers paramédics de la région. Les sujets étaient aussi variés que : la prévention des infections et l'éthique, les protocoles cliniques, la prévention des agressions, etc. Le bilan des formations démontre un taux de participation de plus de 90 %. De plus, une nouvelle formation portant sur l'ECG 12 dérivations a été introduite à l'automne 2009; au total, 8 sessions de formation ont été offertes au cours de l'année.

- Lors de la dernière année, 3 820 protocoles cliniques ont été analysés dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence. De ce nombre, il y a eu 3 062 protocoles médicaux (médicaments), 248 protocoles médicaux légaux (réanimations impraticables, directives de non-initiation de la réanimation et morts évidentes), 29 protocoles pédiatriques (difficultés respiratoires), 376 protocoles de réanimation et 105 protocoles de traumatologie.

- L'analyse rétrospective des performances démontre une conformité globale de 96,7 %. Pour améliorer les performances, des mesures de soutien ont été mises en place auprès des techniciens ambulanciers paramédics, en collaboration avec les entreprises ambulancières, pour prévenir la récidive des écarts aux protocoles.

- En janvier 2010, 21 écoles secondaires de la Mauricie et du Centre-du-Québec étaient inscrites au Programme de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) de la Fondation ACT. Au total, dans notre région, 9 900 étudiants du secondaire ont donc reçu la formation sur la réanimation cardiorespiratoire. Ce partenariat public privé entre la Fondation ACT, le MELS et le MSSS permet aux jeunes d'acquérir des connaissances et des compétences leur permettant de sauver des vies.

LA TRAUMATOLOGIE

- La mise à jour du Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012 a été réalisée, permettant de préciser les objectifs prioritaires à rencontrer pour les trois prochaines années.

- L'architecture régionale de services pour la clientèle ayant subi un TCC léger s'est consolidée en 2009-2010 dans les quatre établissements avec mandat de traumatologie, soit les CSSS du Haut-Saint-Maurice, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable et le CHRTR. Les équipes de l'urgence des autres établissements sans mandat de traumatologie ont été rencontrées et un travail de sensibilisation a été amorcé dans les milieux sportifs. De plus, le CHRTR continue d'assurer les activités de dépistage de la clientèle en support à l'ensemble de la région.

- Le consortium régional d'établissements offrant des services aux adultes victimes d'un TCC modéré ou grave a déposé un nouveau plan d'action 2009-2012.

- Le CHRTR a tenu son premier colloque régional en traumatologie le 30 octobre 2009. Cette activité sera reprise annuellement.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Soins palliatifs**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEURS	Résultats[40] 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultats[41] 2009-2010
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	54 % 1 703 pers.	60 % 1 927 pers.	51 % 1 628 pers.
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	23,3	16,0	23,7

COMMENTAIRES

Au terme de la période 13, les résultats montrent que le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile est inférieur à la cible fixée à 1 927 usagers. Toutefois, cette clientèle est priorisée par les services à domicile et aucune personne n'est en attente de services en Mauricie et au Centre-du-Québec. Au cours des cinq dernières années, le nombre de personnes rejointes en soins palliatifs à domicile a augmenté de 21 % passant de 1 345 en 2005-2006 à 1 628 en 2009-2010.

Actuellement, 51 % des personnes en fin de vie sont rejointes par les soins palliatifs à domicile tandis que la cible fixée par le MSSS est de 60 %. La performance régionale se situe au dessus de la moyenne nationale de 44 %.

Par ailleurs, il est possible que le nombre d'usagers en soins palliatifs soit sous-estimé. En effet, dans le cas où les usagers sont déjà suivis au soutien à domicile, lorsque ceux-ci reçoivent des soins palliatifs à domicile, le code d'intervention peut continuer d'être inscrit dans un autre profil. De plus, les usagers qui reçoivent des soins palliatifs pour des maladies autres que le cancer ne sont pas nécessairement inscrits dans ce profil.

Au cours de 2010-2011, des travaux seront réalisés pour mettre en place un outil permettant d'objectiver les critères de référence du profil des personnes âgées vers les soins palliatifs. Il en sera de même pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Cette harmonisation de la compréhension des différents acteurs permettra par le fait même de standardiser la façon d'entrer les données et de témoigner de la réalité.

Enfin, au niveau de l'intensité de services offerte à ces usagers, depuis les cinq dernières années, les résultats régionaux sont supérieurs à la cible fixée par le MSSS.

LES SOINS PALLIATIFS

- Un total de 43 lits est disponible pour les soins palliatifs dans la région.
- On observe une légère baisse de nombre d'usagers desservis. Cette diminution est due au manque d'effectifs médicaux (absence de garde médicale à domicile sur cinq territoires) et à la saisie d'informations colligées sous d'autres codes de profils, même si l'usager a reçu une approche palliative.

Parmi les résultats atteints en 2009-2010 :

- Un comité régional de soins palliatifs est en place depuis juin 2009. Tous les établissements sont représentés. Les travaux priorisés sont la garde médicale à domicile et l'implantation ou la consolidation d'une coordination clinique et administrative fonctionnelle des soins palliatifs sur tous les territoires.

[40] Résultats en date du 30 avril 2009
[41] Résultats en date du 2 mai 2010

- La Maison de soins palliatifs Albatros a obtenu l'agrément, conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

- En janvier 2010, le CSSS de l'Énergie s'est illustré en soins palliatifs par un projet pilote novateur retenu par *Partenariat canadien contre le cancer* lors du Symposium sur l'optimisation des professionnels de la santé contre le cancer. Ce projet repose sur une coordination clinique partagée et sur une réorganisation du travail, permettant l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité des services et la qualité de l'accompagnement sans ajout de budget récurrent.

LA CARDIOLOGIE

Un comité régional de cardiologie a été mis en place en septembre 2009 pour optimiser la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (projet IAMEST). Les sept CSSS ayant une salle d'urgence et le CHRTR y sont représentés. L'objectif est de réduire les délais de prise en charge et d'accélérer le traitement de revascularisation, en respect des lignes directrices du réseau québécois de cardiologie tertiaire.

Parmi les résultats atteints :

- une mobilisation accrue de tous les établissements;

- la formation d'un comité local dans tous les sept CSSS concernés et au CHRTR;

- le déploiement d'un module d'ECG-12 dérivations dans tous les véhicules ambulanciers de la région et formation des techniciens ambulanciers paramédics (au 31 mars 2010, 8 cohortes ont été formées);

- le déploiement de la préalerte radio par tous les ambulanciers, transmettant les résultats de l'ECG à l'urgence des sept CSSS et du CHRTR;

- la réalisation d'une analyse rétrospective des dossiers IAMEST et l'identification de constats en lien avec les délais de prise en charge dans tous les établissements concernés;

- l'Agence a accordé un budget de démarrage non-récurrent aux établissements, relié aux exigences du comité régional de cardiologie dans la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde.

LA LUTTE AU CANCER

- Conformément au Programme québécois de lutte contre le cancer, les efforts se poursuivent pour améliorer l'intégration des services et la fluidité du parcours de la personne atteinte dans le continuum de services :

  - Le travail en interdisciplinarité favorise ces orientations. Un soutien financier de 30 000 $ a permis la participation des cinq équipes interdisciplinaires en oncologie de la région à des activités de formation et de soutien à l'interdisciplinarité.

  - 1 903 personnes nouvellement atteintes d'un cancer ont bénéficié du soutien d'une infirmière pivot en oncologie.

- Considérant les résultats prometteurs du projet d'organisation de services de dépistage du cancer du col utérin au CSSS de l'Énergie débuté en 2008-2009, l'Agence et l'UQTR poursuivent leur collaboration et soutien pour une seconde phase du projet, visant entre autres à améliorer l'accessibilité et la qualité.

- À deux reprises, l'Agence et le CHRTR ont mis en place un corridor de service permettant de dispenser des services de radio-oncologie dans les délais requis à des personnes provenant de régions présentant un problème temporaire d'accès.

- L'Agence a coordonné les démarches de validation des tests de pathologie en lien avec le cancer du sein et de suivi auprès des 460 femmes concernées. Les quatre laboratoires de la région effectuant ce type d'analyse se conforment à des contrôles de qualité internes et externes tel que recommandé par le MSSS.

Fiche de reddition de comptes

AXE :	Lutte contre le cancer
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

INDICATEURS	Résultats[42] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[43] 2009-2010
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	98,1	90,0	99,7

COMMENTAIRES

Tout comme en 2008-2009, les résultats à la fin de l'exercice 2009-2010 se situent au-delà de la cible fixée à 90 %. En effet, 99,7 % des patients sont traités à l'intérieur des délais prescrits, soit 1 571 sur 1 575. La révision de l'organisation de travail au cours des dernières années a permis à l'établissement d'atteindre les cibles fixées voire même se rapprocher du 100 %.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le programme régional, sous la responsabilité de l'Agence, est coordonné par le CHRTR et repose sur :

- cinq centres de dépistage désignés (Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville, Drummondville et La Tuque);
- quatre centres de référence et d'investigation (Trois-Rivières, Shawinigan, Victoriaville et Drummondville).

Malgré des efforts constants pour recruter des radiologistes et des technologues, la région fait face à une rareté de ressources spécialisées en mammographie. Cette situation limite l'accès rapide aux services radiologiques et entraîne des délais importants pour les mammographies, sauf en ce qui concerne le délai d'investigation suite à une mammographie de dépistage. De plus, le vieillissement de la population crée une augmentation annuelle importante du nombre de femmes de 50 à 69 ans admissibles au programme.

Délai d'attente

Mammographies de dépistage (Cible du MSSS : moins de 6 semaines)	Mars 2010	Mars 2009	Mars 2008
CHRTR	13 semaines	13 semaines	26 semaines
CSSS de l'Énergie	36 semaines	41 semaines	20 semaines
CSSS Drummond	2 semaines	5 semaines	15 semaines
CSSS du Haut-Saint-Maurice	13 semaines	14 semaines	Rupture de service temporaire
Clinique radiologique Bois-Francs	8 semaines	5 semaines	3 semaines

[42] Résultats en date du 7 mai 2009
[43] Résultats en date du 2 mai 2010

Investigation suite à une mammographie de dépistage (Cible du MSSS : moins de 12 jours ouvrables)	Mars 2010	Mars 2009	Mars 2008
CHRTR	14 jours	14 jours	14 jours
CSSS de l'Énergie	2 jours	5 jours	4 jours
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	7 jours	14 jours	28 jours
CSSS du Haut-Saint-Maurice	14 jours	14 à 42 jours	Rupture de service temporaire
CSSS Drummond	21 jours	42 jours	3 jours

Mammographies diagnostiques (Cible régionale : moins de 4 semaines)	Mars 2010	Mars 2009	Mars 2008
CHRTR	17 semaines	2 semaines	40 semaines
CSSS de l'Énergie	35 semaines	38 semaines	16 semaines
CSSS Drummond	3 semaines	6 semaines	Moins d'une semaine
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	7 semaines	3 semaines	8 semaines
Clinique radiologique Bois-Francs	Moins d'une semaine	3 semaines	1 semaine
CSSS du Haut-Saint-Maurice	13 semaines	14 semaines	Rupture de service temporaire

Volume de production	Mammographie de dépistage			Mammographie diagnostique		
	Production 2009-2010	Production 2008-2009	Production 2007-2008	Production 2009-2010	Production 2008-2009	Production 2007-2008
CHRTR	10 217	9 101	7 209	5 923	5 409	5 571
Énergie	3 484	2 795	3 069	1 334	1 411	2 083
Drummond	6 382	6 543	5 107	2 183	1 717	1 455
Arthabaska CDD	6 195	6 210	5 871	1 298	1 322	1 233
Arthabaska CRID	S.O.	S.O.	S.O.	552	475	186
Haut-Saint-Maurice	412	696	443	283	422	232

- L'Agence et les établissements suivent de près la situation et mettent en place les mesures requises pour améliorer l'accessibilité aux services de mammographie :
  - Le CHRTR a développé des mesures à court terme (corridor de service avec Granby) et à moyen terme (augmentation temporaire de plages d'examens) pour augmenter son offre de service.
  - Le CSSS de l'Énergie a regroupé ses deux mammographes sur un même site. Cette mesure permettra d'optimiser l'utilisation des ressources humaines. Notons cependant que le départ de deux radiologistes en cours d'année fait en sorte que le temps d'attente est néanmoins demeuré important pour cet établissement.

LES MÉCANISMES D'ACCÈS

L'accessibilité à la chirurgie élective

- Le mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés ainsi que le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) sont en place depuis un peu plus de deux ans, ce qui permet de faciliter le suivi des patients en attente d'une chirurgie.
- Trois types de chirurgies font l'objet de mécanismes d'accès particuliers dont une garantie d'accès spécifique inférieure à six mois suivant leur inscription dans le SIMASS : ce sont les prothèses de la hanche, les prothèses du genou et la cataracte. Des actions spécifiques ont

été initiées par les établissements de la région pour éviter un délai d'attente excédant six mois pour ces catégories de chirurgie. Les autres chirurgies d'un jour et les autres chirurgies avec hospitalisation doivent être réalisées à l'intérieur de douze mois suivant leur inscription. Par ailleurs, il importe aussi de souligner qu'un suivi étroit est en place pour les chirurgies oncologiques de telle sorte qu'à moins de conditions cliniques particulières des patients, la chirurgie devrait être réalisée à l'intérieur de 28 jours.

Catégorie de chirurgie	Nombre de patients en attente hors délai au 31 mars 2010	Nombre de patients en attente hors délai au 31 mars 2009	Nombre de patients en attente hors délai au 31 mars 2008
Prothèse totale du genou	34	36	19
Prothèse totale de la hanche	21	15	3
Autres chirurgies hospitalisées	9	25	27
Chirurgie de la cataracte	19	15	10
Autres chirurgies d'un jour	82	318	461

- L'Agence et les établissements assurent un suivi rigoureux de l'attente. Le défi majeur demeure la réduction des délais d'attente dans l'ensemble des spécialités chirurgicales et l'élimination de l'attente excédant 6 mois pour les prothèses totales du genou, de la hanche et de la chirurgie de la cataracte. Des résultats encourageants sont observés. Les efforts se poursuivent pour que les délais d'accès soient conformes aux standards établis.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Chirurgie**

Objectifs de résultats 2005-2010 — Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEURS		Résultats[44] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[45] 2009-2010
1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	92 %	90 %	87 %
1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	89 %	90 %	82 %
1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97 %	90 %	97 %

COMMENTAIRES

Les résultats 2009-2010 démontrent l'atteinte des cibles pour le pourcentage de patients traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte, tandis qu'au niveau des chirurgies orthopédiques, les cibles fixées n'ont pas été atteintes. Cette non-atteinte est reliée à une problématique localisée dans un établissement de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Tous les autres établissements concernés par ces indicateurs présentent des résultats de plus de 95 %.

L'établissement qui éprouve des difficultés compte sur une jeune équipe d'orthopédistes. Ceux-ci traitent un volume important d'usagers. Des démarches ont été conduites en cours d'année afin de diminuer les délais d'attente. En ce sens, le processus de deuxième offre a été exploré par l'établissement, mais ne semble pas produire les effets escomptés. D'autres pistes de solution sont envisagées. En effet, au cours des prochains mois, cet établissement procédera à l'ouverture de deux nouvelles salles d'opération en ophtalmologie, permettant ainsi d'augmenter les priorités accordées en orthopédie dans les salles actuelles.

[44] Résultats en date du 20 mai 2009
[45] Résultats en date du 14 mai 2010

La production chirurgicale

Les établissements poursuivent leurs efforts pour maintenir leur volume d'activités en chirurgie afin d'assurer l'accessibilité aux patients en attente.

La chirurgie bariatrique

Dans la foulée de la publication du *Plan d'action sur l'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec* en mai 2009 et considérant l'expertise développée au CSSS Drummond dans ce domaine depuis 2004-2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux désignait cet établissement, en décembre 2009, pour la réalisation de chirurgies bariatriques.

L'imagerie médicale

Dans la poursuite des travaux portant sur l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés, après la chirurgie, le second qui doit être adressé est celui des délais d'attente en imagerie médicale. À cet égard, le MSSS a établi à trois mois l'objectif pour l'obtention d'un rendez-vous à un examen d'imagerie médicale.

Depuis l'automne 2009, soulignons la mise en place de comités de travail, la réalisation d'un état de situation régional en février 2010, le dépôt par les établissements de leur plan d'action local et la transmission du plan d'action régional au MSSS en mars 2010. La réalisation du portrait régional a permis de constater que plus de 60 % des personnes en attente d'un examen en imagerie médicale obtiennent un rendez-vous à l'intérieur d'un délai de trois mois (plus de 80 % à l'intérieur d'un délai de six mois).

LES MALADIES CHRONIQUES

La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques

- Le projet *Ma santé à vie,* en phase d'implantation, vise la prévention de la maladie et l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. En contribuant à éviter ou à retarder l'apparition des complications associées à ces maladies, nous prévoyons améliorer l'utilisation des ressources, notamment en diminuant le recours à l'urgence.
  - Les orientations et la structure d'implantation du projet ont été adoptées le 3 décembre 2009 par les directeurs d'établissements. Le projet se décline en quatre volets :
    - l'adoption du programme d'éducation à la santé *Ma santé à vie;*
    - le suivi intégré des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);
    - l'implantation d'un système de gestion et d'une base des données afin de mesurer la performance du réseau;
    - l'intégration de l'autogestion de la maladie dans le suivi des personnes atteintes de maladie chronique.
  - Par ailleurs, les postes de nutritionnistes alloués dans les CSSS ont permis la prise en charge des personnes à risques cardiovasculaires élevés et atteintes de maladies chroniques (volet 1).

Le Programme de néphrologie

Depuis novembre 2006, l'Agence et les établissements concernés poursuivent leurs travaux pour consolider la déconcentration des services de néphrologie.

Le démarrage des cliniques d'insuffisance rénale (stade 3 et 4) au sein des CSSS de l'Énergie, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et Drummond compte parmi les principaux résultats atteints en 2009-2010. Aussi, le nombre de patients nécessitant un traitement d'hémodialyse pour pallier une insuffisance rénale, quelle qu'en soit la forme, s'est stabilisé. Les efforts de prise en charge pour retarder l'évolution de la maladie rénale visaient ce résultat.

Évolution du volume des clientèles CHRTR	2009-2010	2008-2009
Hémodialyse hospitalière (chronique + aiguë)	173 usagers 26 069 traitements	164 patients 25 269 traitements
Hémodialyse semi-autonome	10 usagers 1 085 traitements	7 usagers 1 261 traitements
Dialyse péritonéale	33 usagers 11 860 traitements	31 usagers 11 691 traitements
Clinique d'insuffisance rénale (Total)	502 usagers	451 usagers
Clinique d'insuffisance rénale stades I-II-III	59 usagers	135 usagers
Clinique d'insuffisance rénale stades IV-V	442 usagers	316 usagers
Hémodialyse à domicile	9 usagers 2 en formation	8 usagers 1 367 traitements

CSSS Drummond	2009-2010	2008-2009
Hémodialyse en unité satellite	39 usagers 6 032 traitements	39 usagers 5 877 traitements
Clinique d'insuffisance rénale stade III-IV	158 usagers	--

CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	2009-2010	2008-2009
Hémodialyse en unité satellite	37 usagers	36 usagers 5 412 traitements
Clinique d'insuffisance rénale stade III-IV	59 usagers	--

CSSS de l'Énergie	2009-2010	2008-2009
Clinique d'insuffisance rénale stade III-IV	32 usagers	--

Le diabète

Dans le cadre du projet PRIISME, l'outil d'enseignement pour le diabète a été révisé en fonction des nouvelles *Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada* publiées à l'automne 2008.

Les projets pilotes cliniques musculo-squelettiques

Afin d'améliorer l'accès aux services requis pour la clientèle présentant des problèmes musculo-squelettiques, l'Agence soutient la mise en oeuvre de deux projets pilotes, pour une période de deux ans, au CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable et au CHRTR.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a été mandatée pour procéder à l'évaluation de ces projets, notamment pour mesurer l'impact des cliniques sur l'accessibilité aux services et le soutien qu'elles apportent aux spécialistes.

La maladie pulmonaire obstructive chronique

Une unité satellite de pneumologie au CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska, incluant une clinique de dépistage de l'apnée du sommeil, a démarré en cours d'année.

LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

CHAPITRE 17

LES RESSOURCES HUMAINES RÉGIONALES

L'état de situation régionale de la main-d'œuvre

Pour une troisième année consécutive, l'Agence et les établissements de la région ont convenu d'une stratégie régionale d'actions en planification de la main-d'œuvre. Cette stratégie comprend des actions concrètes et novatrices pour relever les défis d'attraction et de fidélisation du personnel, d'organisation du travail ainsi que la promotion des professions et des emplois. Le comité régional de planification de la main-d'œuvre en assure le suivi.

On constate, pour l'ensemble des établissements, des problèmes presque similaires en rétention et fidélisation du personnel et une certaine concurrence entre territoires ou régions. On relève aussi plusieurs initiatives pour faire face aux enjeux actuels et futurs.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, 28 titres d'emplois sont actuellement considérés comme étant en difficulté de recrutement. Les titres les plus vulnérables demeurent en soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires), en réadaptation (orthophoniste, physiothérapeute, ergothérapeute et technicien en éducation spécialisée), en services sociaux (psychologue, travailleur social, technicien en assistance sociale et agent de relations humaines), chez les techniciens spécialisés (inhalothérapeute, radiologie médicale, médecine nucléaire, laboratoire et radio-oncologie), chez certains professionnels (nutritionniste, pharmacien et biochimiste) et chez les employés de bureau (agent administratif classe 1 et 2).

La planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel

Au 31 mars 2010, tous les établissements ont déposé un plan d'action 2009-2014 pour la planification de la main-d'œuvre. Cet outil permet de dresser un état de la situation de la main-d'œuvre, de cibler les problématiques, de soutenir la prise de décisions et de planifier des actions, en collaboration avec des partenaires sectoriels et intersectoriels. En appui aux établissements, l'Agence a accordé un soutien financier de 144 000 $ pour l'acquisition de nouveaux outils informatiques leur permettant de réaliser cette planification.

La promotion, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre

- L'Agence, en collaboration avec les directions de ressources humaines des établissements de la région et le réseau de l'éducation, a tenu une troisième édition du Salon des carrières et professions en santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, afin d'intéresser les jeunes des 3e, 4e et 5e secondaire aux professions dans notre réseau. Pour une première fois en 2009, deux éditions de l'événement ont été organisées : l'une à Trois-Rivières pour les écoles de la Mauricie (dans le cadre du *Rendez-vous de la formation et des professions)* et l'autre à Victoriaville pour les écoles du Centre-du-Québec.

- Sous le thème *Une carrière en santé? Fais-le pour ton monde!,* l'événement a accueilli 11 000 visiteurs provenant de 47 écoles secondaires du Centre-du-Québec (3 000) et de la Mauricie (8 000). En comparaison, la première édition (2007) avait permis de rejoindre 1 700 jeunes et la seconde (2008), 5 000 visiteurs. Un questionnaire complété par près de 2 400 élèves montre que cette activité améliore significativement leur connaissance des professions en santé et services sociaux et que la formule d'échange direct avec les professionnels des établissements est toujours aussi appréciée.

- Afin d'améliorer l'impact de la stratégie régionale de planification de la main-d'œuvre et dans un souci d'optimisation, l'Agence a développé un plan de communication régional en soutien aux enjeux de main-d'œuvre, en collaboration avec les établissements. Ce plan vise à soutenir les efforts d'attraction-fidélisation des établissements par des activités de communication régionales ayant un effet de levier ou requérant la mise en commun de ressources.

- L'Agence a mis en œuvre l'une des principales activités de l'an 1 de ce plan de communication : la campagne *ReconnaisSENS.* Par le biais de capsules diffusées à la télévision et à la radio, une quinzaine d'usagers ou leurs proches témoignent leur reconnaissance aux 15 000 travailleurs et travailleuses du réseau régional de la santé et des services sociaux. Ces témoignages, livrés avec cœur, expriment une profonde gratitude pour la qualité des services reçus. La campagne s'inscrit dans l'objectif de mobiliser notre réseau vers une philosophie de travail axée sur la valorisation, la fierté et la reconnaissance de tous les employés.

- L'Agence a représenté le réseau régional à quatre carrefours d'emploi regroupant une vingtaine de professions dans les maisons d'enseignement de Québec, Montréal et de la région. À ces occasions, plus de 80 candidatures de divers titres d'emploi ont été recueillies et transmises aux établissements. Une nouvelle stratégie a été développée afin de mieux rejoindre les finissants des programmes de formation menant à un titre d'emploi en difficulté de recrutement, à compter de l'an prochain.

- Afin de centraliser et de promouvoir les offres d'emploi régionales, le site Internet *www.travaillerensante.com* a complété sa deuxième année en ligne. Entièrement consacré à l'affichage des emplois disponibles dans les établissements de la région, cet outil permet de faire connaître les emplois offerts. De plus en plus connu, le site a enregistré une augmentation d'achalandage au cours de la dernière année. En effet, le site a enregistré une moyenne de 1 669 visites par semaine, comparativement à environ 1 400 la première année. Le site maintient une excellente moyenne de plus de 1 200 visiteurs distincts par semaine.

- Concernant la campagne de promotion du site d'emploi, un plan médias a été réalisé sous la thématique *Vous aussi, trouvez votre emploi en santé et services sociaux.* Le visuel de la campagne a également été adapté en fonction du nouveau slogan et en ajoutant l'identité des professionnels qui représentant les catégories d'emploi. La campagne s'est actualisée par de l'affichage sur les supports Zoom Média, des placements publicitaires dans la presse écrite ainsi qu'une stratégie Web ciblée (référencement sur les moteurs de recherche, bannières sur les sites d'emplois). Certaines publicités ont également été diffusées dans des médias spécialisés (Palmarès des carrières 2010, site *www.monemploi.com,* magazine Options Carrières). Lors de l'évaluation de l'achalandage du site, un lien direct a été établi entre la campagne promotionnelle et les visites

sur le site, ce qui signifie que les moyens spécifiques rejoignent le public cible.

- L'Agence a également contribué à la production de différents outils de recrutement et de promotion de la région. Une série de sept capsules sur les métiers en santé et services sociaux au Centre-du-Québec a été réalisée et rendue disponible aux partenaires pour les activités de recrutement. En Mauricie, un site de promotion par l'image a été mis en ligne, contenant quatre capsules de promotion de la région, sous différentes thématiques. Le site Internet *www.mauricie.tv* est donc disponible pour les établissements qui désirent compléter leur coffre à outils de recrutement.

Le partenariat avec les réseaux de l'éducation et de l'emploi

- L'Agence est présente aux instances de concertation régionale en éducation et aux tables de concertation en formation professionnelle et technique du Centre-du-Québec et de la Mauricie.

- L'Agence, en partenariat avec les réseaux de l'éducation et de l'emploi, a poursuivi pour une deuxième année consécutive les projets *Éducation-santé* afin d'améliorer l'adéquation entre l'offre de formation et les besoins de main-d'œuvre de nos établissements, en particulier pour les titres d'emploi en difficulté de recrutement. Deux chargées de projet soutiennent diverses démarches de concertation avec les établissements de santé et services sociaux, les milieux d'enseignement et le secteur de l'emploi. Ces projets concernent, par exemple, l'augmentation des cohortes d'étudiants dans certains programmes de formation, la connaissance des facteurs qui influencent le choix d'un employeur par les finissants en soins infirmiers et les pistes de solution aux problématiques liées à la planification et la gestion des stages en santé et services sociaux.

- L'Agence, en partenariat avec Emploi-Québec, les CSSS et les établissements d'enseignement, a tenu deux ateliers de sensibilisation pour aider les agents d'aide à l'emploi des centres locaux d'emploi et des organismes d'employabilité à bien conseiller leurs clients intéressés par les professions de préposé aux bénéficiaires, d'infirmière auxiliaire, d'auxiliaire aux services de santé et sociaux et d'infirmière. Après celui tenu à Trois-Rivières en 2008-2009, ces ateliers ont permis à une vingtaine d'intervenants des territoires du CSSS de Maskinongé et du Haut-Saint-Maurice de mieux connaître et comprendre le profil recherché par les établissements, les exigences de la formation et la réalité du travail. Des activités semblables sont prévues au Centre-du-Québec l'an prochain.

Le développement, le maintien des compétences et la relève

- Un budget de 385 860 $ a été réparti cette année entre les établissements de la région en allocation de développement des compétences des cadres du réseau. Cette somme permet aux établissements de déployer des activités de soutien personnalisées auprès de leurs gestionnaires.

- Cette année, les cadres de la région ont été invités à une grande activité régionale de formation. Cette journée régionale des leaders, destinée au personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux, a permis aux 350 participants de se ressourcer et de partager leur réalité avec les collègues. À travers les divers ateliers pratiques et conférences, les cadres ont pu constater l'ampleur de leur tâche et l'importance de leur rôle dans le réseau, mais aussi pour la santé et le bien-être de la population. Lors de l'évaluation de l'activité, 92 % des participants se sont dits très satisfaits de leur journée et 8 % se sont dits satisfaits.

- Plus d'une centaine de gestionnaires ont assisté à un déjeuner-conférence sur la gestion intergénérationnelle. La conférence a abordé les différences et les points communs aux quatre générations présentes sur le marché du travail. De plus, des pistes de solutions pour diminuer les sources de conflits et adapter l'organisation du travail afin de recruter et de garder les meilleurs employés ont été exposées.

- Bien qu'aucun nouveau groupe n'ait entamé les microprogrammes en gestion et développement des organisations cette année dans la région, des diplômes, certificats et attestations de premier et de deuxième cycle ont été remis à quatre cohortes de finissants. Ce sont plus de 300 candidats qui évoluent dans ces programmes de formation de la relève des cadres depuis le début de cette initiative en 2004. Pour l'année 2009-2010, l'Agence a versé aux établissements 13 920 $ spécifiquement pour soutenir le Programme de relève des cadres.

- À l'été 2009, sept établissements ont accueilli un total de 65 externes dans le cadre du Programme professionnel

d'externat. Ce programme, en lien avec les ordres professionnels en soins infirmiers, inhalothérapie et en technologies médicales, permet aux organisations d'intégrer des étudiants de 2e année dans la perspective de les aider à persister dans leur programme de formation professionnelle jusqu'à l'obtention de leur diplôme. Sur ce nombre, 58 personnes sont demeurées au sein de ces établissements pour l'année 2010 dans leur nouveau statut d'emploi (pré-embauche).

- L'Agence a mis sur pied un comité stratégique régional de coordination des stages regroupant les coordonnateurs de stages des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux afin d'améliorer la concertation à l'égard de la gestion des stages, ce qui constitue un enjeu majeur dans la région. De plus, l'Agence a élaboré un cadre de réflexion sur la gestion des stages, dans lequel sont exposés les constats, les enjeux et les pistes de solutions pour une meilleure coordination des stages. La région a poursuivi ses efforts pour le développement, la promotion et l'implantation d'un outil informatique visant à faciliter la gestion des stages en allégeant de façon significative la gestion de l'offre et de la demande pour l'ensemble des interlocuteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des milieux de l'enseignement.

- Un comité scientifique a procédé à l'élaboration d'un programme de formation sur mesure en gériatrie pour les omnipraticiens de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les objectifs poursuivis par ce programme de formation étaient notamment d'assurer aux clientèles à profil gériatrique une accessibilité accrue à des services de santé et de services sociaux et de développer une pratique de collaboration interdisciplinaire en géronto-gériatrie. Cette formation, d'une durée de trois jours non consécutifs, a été dispensée à compter de l'automne 2009 à un premier groupe-pilote composé de 20 omnipraticiens de la région.

- Le Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza a été déployé dans tout le réseau régional, afin de rapidement rendre accessibles à plusieurs milliers de travailleurs de la santé et des services sociaux les notions pour faire face à une pandémie d'influenza. Les employés de l'Agence et des établissements ont suivi cette formation en ligne dans une proportion de 77 % (11 538 personnes). Le réseau de l'éducation, les professionnels de la santé du secteur privé, les organismes communautaires et les ressources non institutionnelles ont également eu accès à ce programme de formation en ligne.

- Amorcée en 2008-2009, la diffusion du programme ministériel de formation *Agir auprès de la personne âgée,* visant l'intégration de l'approche milieu de vie en soins de longue durée, se poursuit. Composé de huit ateliers, ce programme est destiné à tous les préposés aux bénéficiaires des établissements travaillant auprès des personnes âgées et porte sur la qualité et l'efficacité des interventions dans le cadre de leurs tâches actuelles, et ce, dans un contexte d'évolution des clientèles, de leurs besoins et d'une réorganisation du travail. Les cinq derniers ateliers ont été offerts aux formateurs locaux cette année. Ces derniers agiront ensuite à titre d'agents multiplicateurs dans leur établissement. Cette année, près de 2 000 personnes ont participé aux ateliers offerts en établissement. En 2009-2010, une somme de 253 625 $ a été répartie entre les établissements concernés par ces formations.

- Le Programme de formation sur la contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse, porte sur l'acquisition des compétences requises pour que l'infirmière auxiliaire puisse contribuer à la thérapie intraveineuse. La diffusion de cette formation a débuté à l'hiver 2010 et se poursuivra jusqu'en juin 2011 dans les établissements de la région. À terme, 1 118 infirmières auxiliaires auront eu accès à la formation et l'Agence aura contribué pour un investissement total de 279 500 $.

- La formation *Rédiger pour recruter* a été dispensée aux membres du comité régional de la planification de la main-d'œuvre. Cet atelier pratique vise à outiller les responsables du recrutement et les conseillers en communication afin d'intéresser un plus grand nombre de candidats aux offres d'emploi de notre réseau.

L'organisation du travail et le développement des pratiques professionnelles

La révision continue des processus de travail ainsi que le développement des pratiques professionnelles représentent une des pistes de solutions concrètes retenues par l'Agence pour améliorer les conditions d'exercice et de travail des équipes et ultimement réduire l'impact du manque de disponibilité de la main-d'œuvre sur la dispensation des services.

À cet égard, plusieurs projets sont en cours de réalisation au sein des établissements. D'autres ont été complétés au cours de l'année 2009-2010.

CHRTR

Projet clinique pour les clientèles atteintes d'insuffisance rénale et organisation du travail pour le Programme régional de néphrologie

Avant la réorganisation du Programme régional de néphrologie, la structure d'effectifs était principalement composée d'infirmières. L'élaboration du projet clinique et la révision conséquente de l'organisation du travail ont conduit à des modifications importantes de la structure d'effectifs tout en réaffirmant le caractère « interdisciplinaire » du programme.	Principaux résultats : ▪ introduction des préposés aux bénéficiaires à l'équipe de soins infirmiers; ▪ augmentation des heures de professionnels – pharmaciens et nutritionnistes; ▪ réduction de près de 3 % du temps supplémentaire, ce qui dépasse largement l'objectif initial (1 %).

CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Projet d'implantation de la politique de la délégation de la vérification contenant-contenu aux assistants techniques en pharmacie avec gestion code à barres des médicaments.

Principaux résultats :
- introduction de la technologie code à barres – gain d'efficience – 2 assistants techniques au lieu de 4;
- gain d'efficience d'environ 3 heures par jour d'heures travaillées par les pharmaciens de courte durée.

8 CSSS, CHRTR, InterVal

Méthodes de soins informatisées pour optimiser l'organisation du travail du personnel infirmier

L'Agence a déboursé 72 415 $ afin d'aider les directions de soins infirmiers à amorcer le virage d'accès aux technologies de l'information pour la mise à jour des méthodes de soins.	Principaux résultats : ▪ les 10 établissements ciblés ont maintenant accès aux méthodes de soins informatisées en mode Web avec mises à jour régulières.

CSSS de Bécancour– Nicolet-Yamaska

Rédaction des fiches d'appel et mise à jour du répertoire des ressources en mode Web au Service régional Info-Santé/Info-Social

Projet de centralisation de la mise à jour du répertoire des ressources en mode Web au Service régional Info-Santé/ Info-Social	Principaux résultats : ▪ au 31 mars 2010, 98 % des ressources répertoriées mises à jour, alors que l'objectif ministériel était de 95 %.

CSSS de l'Énergie

Projet d'implantation d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Depuis l'automne 2009, une première infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne œuvre en GMF sur le territoire du CSSS de l'Énergie.	Principaux résultats : ▪ 57 patients suivis à domicile depuis décembre 2009; ▪ 128 patients pris en charge depuis le 16 octobre 2009.

Tous les CSSS, établissements privés conventionnés et le CHRTR

Achat de petits équipements en soins infirmiers pour améliorer les conditions de pratique des infirmières

Une somme de 623 100 $ a été allouée aux établissements pour l'achat de petits équipements pour la mission d'hébergement et soins de longue durée et l'activité hospitalière santé physique.

CSSS et CHRTR

Projet sur les systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments dans les établissements de santé au Québec (SARDM)

Projet quinquennal de planification de main-d'œuvre régionale visant à réduire l'impact des pénuries en soins infirmiers et en pharmacie et sécuriser le circuit du médicament. Le MSSS, l'Agence et les établissements ont contribué au financement global de 2 446 690 $ pour compléter la phase I du projet au 31 mars 2010, dont 1 881 880 $ pour les équipements de haute technologie et 176 949 $ pour les technologies de l'information. Pour sa part, l'Agence a déboursé une somme de 126 990 $ pour soutenir la gestion du changement dans les établissements concernés par le projet.	Parmi les principaux indicateurs de résultats d'impact recherchés, la région est en mesure de démontrer qu'en 2008 à titre d'exemple, 57 % des établissements utilisaient un mode de distribution des médicaments traditionnel dans la région (cabaret avec piluliers) alors qu'en 2010, 86 % des établissements sont passés à un mode de distribution unitaire soit l'unidose ensachée en courte durée (un médicament par sachet par patient), et ce, grâce à une révision des processus de travail associée à l'acquisition d'une emballeuse-ensacheuse à la pharmacie et de chariots de distribution de médicaments sur les unités de soins.

Les mesures incitatives

Afin d'assurer une disponibilité de la main-d'œuvre et pour éviter des ruptures de services à la population, diverses mesures incitatives temporaires ont été mises en place dans la région.

- Une première mesure, mise en vigueur durant l'été 2009, visait les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes. Une prime pour un quart de travail supplémentaire a été accordée. Pour cette mesure, la subvention du Ministère était de 226 900 $. La dépense réelle pour la région a été de 327 362 $. Les 11 établissements participants ont donc apporté une contribution financière de 100 461 $.

- Une deuxième mesure, en vigueur depuis le 1er juillet 2007, visait les infirmières travaillant à l'urgence et aux soins intensifs du CHRTR, des CSSS de l'Énergie, Drummond et d'Arthabaska-et-de-l'Érable. Une prime de 10 % du salaire a été accordée pour les infirmières du CHRTR et de 7 % pour les infirmières des CSSS. L'application de la mesure visait à l'origine la période estivale, mais elle a été prolongée pour une période indéfinie. On estime que les coûts seront d'environ 1 545 000 $ pour le Ministère et de 256 000 $ pour l'Agence.

- Une troisième mesure visait les employés de la catégorie 4 pour une prime spéciale pour un quart de travail supplémentaire. Elle ciblait les éducateurs, les psychologues, les techniciens en laboratoire, en radiologie, en radiodiagnostic, en génie biomédical, en radio-oncologie et en éducation spécialisée. Les établissements participants étaient le CHRTR, le Centre jeunesse et les CSSS Drummond, de l'Énergie et d'Arthabaska-et-de-l'Érable pour un déboursé total de 15 162 $.

- Dans le cadre des lettres d'ententes relatives aux mesures administratives destinées aux techniciens et professionnels en santé et services sociaux (catégorie 4), 9 établissements ont déposé un total de 24 projets, dont 12 ont été acceptés et étaient en cours de réalisation au 31 mars 2010.

- Une quatrième mesure concernait les pharmaciens. Un établissement a demandé un forfait d'installation de 10 000 $ pour un nouveau pharmacien recruté dans la région et cinq établissements ont convenu d'appliquer des mesures administratives temporaires. Des conditions de travail particulières ont ainsi été mises en place, soit la semaine de 40 heures, une prime incitative de 5 % et une prime d'encadrement de 5 %.

- Signalons enfin des mesures de valorisation temporaires pour les professions d'infirmières et d'infirmières auxiliaires, visant à attirer de nouvelles employées et à retenir les plus expérimentées par l'octroi de primes annuelles : 3 000 $ pour les infirmières, 2 000 $ pour les infirmières auxiliaires et 8 000 $ pour celles qui sont admissibles à la retraite, mais qui décident de demeurer au travail.

Les mesures de sécurité et de stabilité d'emploi

- Au 31 mars 2010, aucun cadre n'était inscrit en stabilité d'emploi.

- Au 31 mars 2010, dans le cadre des activités de la sécurité d'emploi du personnel salarié, six personnes étaient inscrites au Service régional de la main-d'œuvre : un professionnel, une préposée aux bénéficiaires, deux personnes des services auxiliaires et deux infirmières auxiliaires.

  Signalons que le territoire d'Athabaska-et-de-l'Érable est nouvellement affecté par une restructuration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de la région voisine Chaudière-Appalaches, qui a eu pour effet d'inscrire à la sécurité d'emploi 19 préposés aux bénéficiaires, 3 éducateurs et 12 infirmières auxiliaires.

Fiche de reddition de comptes

AXE : **Personnel du réseau et du Ministère**

Objectifs de résultats 2005-2010 — Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

INDICATEURS	Résultats[46] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[47] 2009-2010
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,88 %	5,77 %	5,26 %
3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	27,3 %	Aucune	27,3 %
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	81,8 %	Aucune	81,8 %
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	Nouveau	Tendre vers 60 %	60,4 %

COMMENTAIRES

Un grand nombre de facteurs influencent l'assurance salaire dont les variables démographiques (sexe, âge, statut, secteur d'emploi), le contexte social et économique, la rareté d'effectifs pour certains types d'emploi, l'accessibilité médicale, etc. En plus d'une gestion rigoureuse, la diminution enregistrée en 2009-2010 est aussi associée à la réduction de la moyenne d'âge des employés des établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Ratio d'assurance salaire

Pour la première fois depuis 2006-2007, la cible fixée a été atteinte. En ce sens, onze établissements sur les treize établissements publics de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont réussi à réduire leur ratio d'assurance salaire au cours de 2009-2010 et ainsi atteindre leur cible ministérielle. Cet indicateur est suivi par les directions générales des établissements depuis plus de 10 ans. Un suivi rigoureux des dossiers est effectué dans tous les établissements. Les mécanismes reliés à ce suivi sont en place et sont permanents depuis plusieurs années.

Personnel infirmier : Temps supplémentaire, main-d'œuvre indépendante et titularisation des postes

Devant l'important défi des établissements et de leur service de ressources humaines à répondre adéquatement à la demande d'effectifs tout en maintenant la performance requise, l'utilisation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante constituent des mesures de dernier recours. Ainsi, dans la majorité des cas, cette mesure est utilisée afin d'éviter des ruptures de services.

Dans le cadre d'une stratégie globale et intégrée du Plan régional de la main-d'œuvre, un suivi constant et rigoureux est effectué par l'Agence et les établissements. Une approche de soutien envers les établissements est préconisée par l'Agence, et ce, tant pour la stratégie visant à relever le défi relié à la main-d'œuvre qu'à l'atteinte de l'objectif visant à réduire le recours aux agences privées de façon à se situer à un niveau inférieur à la moyenne provinciale de leur catégorie d'établissement. Pour les raisons évoquées précédemment, aucun engagement n'a été fixé en 2009-2010 entre l'Agence et le MSSS pour ces deux indicateurs. Considérant les résultats des établissements pour l'année 2009-2010 dans le contexte actuel de rareté de ressources, notamment dans le secteur des soins infirmiers, l'Agence considère que les mesures prises par les établissements sont adéquates. Malgré une situation très fragile, les correctifs mis en place devraient produire les effets escomptés au cours des prochaines années

Pour ce qui est de la titularisation des postes du personnel infirmier, la cible ministérielle fixée à 60 % est dépassée.

[46] Résultats de la période financière 12 en date du 1er mai 2009 (indicateur 3.1). Résultats en date du 20 mai 2009 (indicateurs 3.2-3.3)

[47] Résultats de la période financière 13 en date du 27 mai 2010 provenant de CIFINO (indicateur 3.1), de la période financière 12 en date du 20 mai 2010 (indicateurs 3.2 et 3.3) et de la période financière 13 en date du 20 mai 2010 (indicateur 3.4)

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES RÉGIONALES

En 2009-2010, la Direction des ressources informationnelles, en étroite collaboration avec les établissements du réseau, a poursuivi les efforts de préparation en vue d'accueillir le Dossier de santé du Québec, lequel apportera plusieurs bénéfices aux usagers et aux intervenants. Voici quelques-uns des grands chantiers préparatoires qui ont progressé à ce chapitre en cours d'année.

- L'implantation des systèmes d'archivage et de transmission des images radiologiques (PACS) a été complétée pour l'ensemble de la région.

- Index-patients : pour s'assurer que l'information clinique pertinente suive le patient dans le continuum de soins et soit accessible à l'intervenant autorisé, il faut pouvoir identifier ce même patient à travers les nombreux systèmes d'information cliniques. Beaucoup d'efforts continuent d'être déployés en ce sens au niveau des processus et de la technologie. Cela passe entre autres par la normalisation des règles de saisie, afin de s'assurer que l'ensemble du personnel de la région identifie un patient de la même façon dans tous les systèmes. Ces travaux sont un préalable important à la circulation et au partage d'information clinique.

- Les efforts de rehaussement, de consolidation et d'optimisation des infrastructures se sont poursuivis, entre autres par l'accomplissement du plan de redressement visant le remplacement des ordinateurs désuets dans tous les établissements. Les activités de migration vers le nouveau réseau de télécommunication, levier essentiel à la circulation d'information clinique, ont débuté en cours d'année et se poursuivront en 2010-2011.

Mentionnons également que le déploiement des progiciels administratifs régionaux (paie, ressources humaines, finances et approvisionnements), dans le cadre des projets d'optimisation des actifs informationnels, a été complété dans l'ensemble des établissements.

Le déploiement du dossier médical électronique (DME) choisi par les GMF a été complété dans les onze GMF ayant adhéré au projet, permettant l'acheminement des résultats de laboratoire directement dans le DME du GMF.

La majorité des projets prévus au Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2010 ont été réalisés. Cette année, la région s'est mobilisée pour réaliser une démarche de réactualisation de son plan stratégique, visant les années 2010-2013. Le contexte actuel de changements importants est une réelle opportunité de revoir le modèle d'organisation des ressources informationnelles en s'assurant qu'il répond adéquatement aux besoins de la région. Les efforts du nouveau plan stratégique porteront, d'une part, sur le déploiement du DSQ et sur la circulation d'information clinique et, d'autre part, sur des projets structurants visant à mieux positionner la région pour faire face aux nombreux défis actuels et à venir en ressources informationnelles (rareté de main-d'œuvre qualifiée, ampleur et complexité des projets, arrimage des technologies de l'information aux besoins d'affaires, rehaussement et maintien des infrastructures, nouvelles opportunités technologiques, etc.).

LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET IMMOBILIÈRES RÉGIONALES

- Depuis 2008-2009, le cadre de gestion du MSSS confie le remplacement d'équipements aux établissements. Cette nouvelle façon de faire a amené la disparition du Programme de haute technologie.

- Des investissements de 14 733 906 $ ont été alloués au renouvellement des équipements (équipements médicaux, équipements non médicaux et mobilier) dans le cadre du maintien des actifs 2009-2010.

- Conformément au nouveau cadre de gestion, le MSSS a alloué un montant de 549 429 $ à la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour combler les besoins d'ajouts d'équipements.

- Une subvention du MSSS de 3 000 000 $ a été accordée au CHRTR pour lui permettre de renouveler son parc de quatre accélérateurs linéaires en radiothérapie. Cet octroi provient de l'enveloppe réserve ministérielle 2009-2010.

- En 2009-2010, un projet centralisé d'immobilisations a reçu confirmation d'une subvention dédiée au fonds des équipements et mobilier. Le CSSS de l'Énergie s'est vu accorder un montant de 92 452 $ pour l'achat d'équipements reliés à l'implantation de l'enseignement universitaire.

- La pandémie d'influenza que nous avons connue en 2009 a forcé le réseau de la santé à s'y préparer en achetant un parc de 65 concentrateurs d'oxygène, que le MSSS a remboursé en cours d'année, pour un total de 58 331 $.

- Enfin, dans le cadre du Programme d'achat d'équipements médicaux et des aides techniques nécessaires au soutien à domicile, un premier montant de 602 423 $ a été accordé. Un montant de 113 400 $, dédié aux aides techniques du Programme d'oxygénothérapie, a également été accordé.

- En 2009-2010, l'enveloppe budgétaire de maintien des actifs immobiliers a été établie à 16 526 757 $. Cette enveloppe a été distribuée aux établissements en fonction de la valeur de remplacement des actifs immobiliers. De cette somme, un montant a été réservé afin de soutenir des projets prioritaires.

- La région a également obtenu une enveloppe de 5 456 377 $ pour entreprendre des travaux de rénovation fonctionnelle dans les installations autres que celles de type CHSLD. Les projets ciblés visent principalement à effectuer des travaux d'aménagement favorisant l'optimisation des services à la population.

- Également, l'Agence a obtenu du MSSS une enveloppe de 2 400 000 $ pour des projets dans le cadre du Plan d'action sur les personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, quatre projets de rénovation fonctionnelle mineure ont été retenus pour ce montant.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

CHAPITRE 18

L'Agence reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Par le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), l'Agence apporte aux organismes communautaires un soutien financier en appui à la réalisation de leur mission globale, en complément à la contribution de la communauté. Deux autres objectifs complètent les actions portées par l'Agence, soit reconnaître et promouvoir l'action des organismes communautaires, et leur offrir le soutien et l'information nécessaire à l'accomplissement de leur mission.

LA GESTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La reconnaissance

L'Agence s'est dotée, le 15 novembre 2000, d'une Politique de reconnaissance des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui balise l'analyse des demandes de reconnaissance. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux.

La politique détermine clairement ce qui constitue le domaine de la santé et des services sociaux, les caractéristiques définissant un organisme communautaire

et introduit la notion de non-dédoublement des organismes sur un même territoire.

La reconnaissance comme organisme communautaire est préalable à l'obtention d'un soutien financier en mission globale, dans le cadre du programme SOC.

Le soutien financier

Les sommes dédiées aux organismes communautaires ont été attribuées en conformité avec les balises reconnues par le programme SOC, les orientations ministérielles et régionales ainsi que par le Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, adopté le 20 juin 2001.

À chaque année, une attention particulière est portée à la reddition de comptes que doivent produire les organismes communautaires subventionnés. Le 1er avril 2009, entrait en vigueur le document ministériel *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale, Programme de soutien aux organismes communautaires.* L'Agence a donc procédé à l'analyse des documents en tenant compte des balises et de la procédure établie par ce document de référence :

- Un suivi des dossiers est effectué lors de la réception des demandes de subvention pour tous les organismes tenus d'expédier les documents de reddition de comptes.
- Une lettre de rappel relativement à ces mêmes obligations est acheminée à la fin du mois de mars.
- Une analyse des documents acheminés est réalisée afin de s'assurer de la conformité de l'organisme, en lien avec les exigences du programme.
- Un avis est expédié aux organismes retardataires afin qu'ils se conforment aux obligations relatives à la reddition de comptes.
- Une relance téléphonique est effectuée auprès des organismes concernés, si nécessaire.

Chaque organisme financé a fait l'objet d'un suivi relativement à ses obligations de reddition de comptes. De plus, neuf organismes ont fait l'objet d'un suivi particulier, compte tenu de problèmes ou difficultés rencontrés.

Pour l'année 2009-2010

L'Agence de la santé et des services sociaux reconnaît 223 ressources à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'Agence a alloué un financement à 219 de ces 223 groupes communautaires par le programme SOC. De plus, 20 organismes ont été financés uniquement par ententes spécifiques. Ce sont donc 239 organismes communautaires qui ont été soutenus financièrement par l'Agence au cours de cette période.

En 2009-2010, un organisme a obtenu sa reconnaissance à titre d'organisme communautaire œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'Agence a confirmé la reconnaissance d'un autre organisme communautaire qui a apporté d'importantes modifications à ses lettres patentes et une ressource a mis un terme à ses activités.

PROGRAMMES-SERVICES	ORGANISMES FINANCÉS
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	**10**
Déficience intellectuelle	7
Troubles envahissants du développement	3
Déficience physique	**25**
Déficience physique	13
Déficiences multiples	12

PROGRAMMES-SERVICES (suite)	ORGANISMES FINANCÉS
Dépendances	**17**
Alcoolisme/toxicomanie et autres dépendances	13
Hébergement mixte	4
Jeunes en difficulté	**56**
Organismes de justice alternative	7
Maisons de jeunes	34
Autres ressources jeunesse	13
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	2
Perte d'autonomie liée au vieillissement	**21**
Maintien à domicile	6
Centre d'action bénévole	15
Santé mentale	**29**
Santé mentale	29
Santé physique	**13**
Santé physique	12
Cancer	1
Santé publique	**44**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille	16
Personnes démunies	25
VIH/Sida	3
Services généraux, activités cliniques et d'aide	**24**
Concertation et consultation générale	1
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	7
Centres de femmes	7
Autres ressources pour femmes	1
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	4
Ressources pour hommes	4
Sous-total	**239**
Organismes financés exclusivement par ententes spécifiques	20
Nombre d'organismes financés au Programme de soutien aux organismes communautaires	**219**

L'AUGMENTATION DU BUDGET DESTINÉ AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le budget alloué aux organismes financés par l'Agence est passé de 30 849 826 $ en 2008-2009 à 32 579 823 $ en 2009-2010.

Au cours de cette période, le financement alloué en mission globale est passé de 27 213 185 $ à 28 030 042 $ et les sommes allouées par ententes spécifiques sont passées de 3 636 641 $ à 4 549 781 $. Ainsi, 86 % du financement des organismes communautaires est alloué en mission globale.

Les investissements réalisés dans ce secteur pour l'année 2009-2010 ont été les suivants :

- Une indexation annuelle de 1,4 % a été octroyée aux ressources recevant un financement en mission globale (375 803 $) ainsi que par ententes spécifiques (42 899 $) pour un montant total de 418 702 $.

- L'Agence a réparti 30 000 $ entre deux organismes nouvellement reconnus, pour lesquels il s'agit d'un premier financement de l'Agence.

- L'Agence a octroyé une somme de 37 051 $, annualisée à 80 000 $, pour le financement à la mission globale de trois organismes communautaires offrant du répit aux familles vivant avec une personne ayant une déficience.

- L'Agence a alloué un montant de 54 050 $, annualisé à 108 100 $, à l'organisme Le Grand Chemin inc. afin de consolider le financement des services spécialisés de réadaptation avec hébergement s'adressant aux jeunes en difficulté nécessitant le retrait de leur milieu.

- Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009, le Ministère a financé la récurrence de la mesure visant la consolidation des maisons de jeunes. Un montant de 117 322 $ a donc été réparti entre trente maisons de jeunes de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

- La Société Alzheimer du Centre-du-Québec a reçu un financement supplémentaire de 50 000 $ pour son projet de partenariat avec les CSSS de Drummond, d'Arthabaska-et-de-l'Érable et de Bécancour–Nicolet-Yamaska. Ce projet comporte deux volets, soit : l'accompagnement au domicile et le programme *Premier lien Alzheimer.*

Les allocations suivantes ont été faites sur une base non récurrente :

- Une somme de 93 969 $ a été répartie entre cinq organismes pour assurer les services de supervision des droits d'accès.

- Une somme de 600 000 $ a été répartie entre 28 organismes intervenant auprès des personnes démunies afin d'accroître temporairement leur capacité à offrir du soutien à ces personnes de même qu'à compenser partiellement la hausse du coût des aliments et la réduction appréhendée des revenus provenant de leurs campagnes de levées de fonds.

- Un budget de 33 350 $ a été alloué à la Table régionale des organismes communautaires (TROC) oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie pour la réalisation d'un rapport de recherche intitulée *Pour un monde meilleur : quand l'humain fait la différence* ainsi que les actions qui seront mises en place pour faire la promotion des résultats.

- La TROC a également reçu un financement de 33 000 $ pour les frais inhérents à la réalisation des activités du Programme de formation dédié aux organismes communautaires.

- L'Agence apporte un soutien financier à la mission globale de 219 organismes communautaires, répartis dans 24 catégories. On estime à près de 17 000 le nombre de personnes impliquées dans la réalisation de la mission de ces groupes. Ces individus, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, permettent la réalisation d'activités diversifiées :

  - accueil, écoute, évaluation, soutien, aide, accompagnement et référence;

  - mise en place et animation de groupes d'entraide;

  - aide directe à la population (banques alimentaires, prêts de matériels, comptoirs vestimentaires);

  - réalisation d'ateliers, de conférences, de formations thématiques (prévention, information portant sur des problématiques précises, développement d'habiletés, modification de comportements);

  - soutien à la réinsertion sociale;

  - hébergement pour différents groupes de la population (femmes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes alcooliques ou toxicomanes, personnes atteintes du sida ou de la maladie d'Alzheimer, personnes itinérantes).

Bilan des principales réalisations au programme SOC :

- La poursuite des travaux sur la mise en œuvre de l'harmonisation des pratiques administratives du Programme de soutien aux organismes communautaires a permis d'ajuster les pratiques administratives de l'Agence en lien avec les décisions adoptées par le comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux.

- Les liens de collaboration entre l'Agence et la TROC ont également contribué à la gestion efficiente du programme SOC. Les deux instances ont eu des échanges réguliers.

- L'Agence et la TROC ont travaillé conjointement à la gestion du Programme de formation dédié aux organismes communautaires. Deux sujets ont été priorisés cette année, soit : les rôles et responsabilités des membres de conseil d'administration et la gestion financière. Ces formations qui s'adressent aux membres de conseil d'administration et aux employés des organismes communautaires ont été offertes gratuitement dans les 11 territoires de MRC de la région et ont permis de rejoindre, au total, 211 participants provenant de 76 organismes reconnus par l'Agence ou financés par ententes spécifiques.

- L'Agence et la TROC ont dévoilé, le 5 novembre 2009, les résultats d'une recherche portant sur l'action des organismes communautaires en santé et services sociaux de notre région et intitulée *Pour un monde meilleur : quand l'humain fait la différence.* Cette recherche indépendante a été dirigée par M. Jean Proulx, chercheur associé au Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales. Au total, 300 personnes, 246 organismes communautaires et une douzaine de partenaires dont l'Agence et le Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales ont contribué à cette recherche qui s'est étalée sur une année.

- L'Agence a participé à la mise en application du programme fédéral *Stratégie de partenariats de lutte contre l'itinérance pour la Mauricie et le Centre-du-Québec.* Cette initiative contribue à la prévention et la réduction de l'itinérance en soutenant les régions ayant des problèmes d'itinérance graves. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme, 19 projets ont pu être soutenus financièrement (9 à Trois-Rivières, 6 à Drummondville, 3 à Shawinigan, et 1 à Victoriaville). L'Agence est notamment responsable de la mise en œuvre des plans communautaires en itinérance pour les villes de Drummondville et Trois-Rivières ainsi que du processus de recommandation des projets qui en découlent.

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES Maisons de jeunes	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
« L'Eau-vent » (maison de jeunes)	85 197 $	82 440 $	3 %
Alternative jeunesse de Trois-Rivières	100 248 $	97 622 $	3 %
L'Accueil jeunesse Grand-Mère inc.	96 447 $	93 788 $	3 %
Carrefour jeunesse de Shawinigan	96 447 $	93 788 $	3 %
Comité liaison Adolescents-Parents	65 105 $	62 259 $	5 %
Défi-jeunesse du Haut St-Maurice inc.	95 398 $	92 727 $	3 %
La Corporation de la Maison des jeunes « Action-Jeunesse » inc.	85 197 $	82 440 $	3 %
La Fréquence Inc.	100 248 $	97 622 $	3 %
La maison de jeunes « Au bout du monde » de St-Paulin	82 176 $	79 393 $	4 %
La maison des jeunes Au cœur des montagnes	70 343 $	67 355 $	4 %
La Maison des jeunes de Plessisville inc.	92 374 $	89 680 $	3 %
La traversée 12-18 ans Inc.	92 899 $	90 609 $	3 %
L'Association des Groupes de jeunes des Hauts-Reliefs	70 343 $	67 355 $	4 %
Local Action jeunes	66 472 $	63 889 $	4 %
Maison de jeunes Le Transit	78 752 $	75 939 $	4 %
Maison de jeunes l'Éveil jeunesse de Louiseville inc.	92 900 $	90 210 $	3 %
Maison de quartier de Drummondville inc.	100 248 $	97 622 $	3 %
Maison des jeunes « La destination 12-17 » inc.	109 910 $	107 389 $	2 %
Maison des jeunes « Le Chakado »	57 972 $	54 875 $	6 %
Maison des jeunes de Bécancour	53 986 $	50 759 $	6 %

ORGANISMES	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Maisons de jeunes (suite)			
Maison des jeunes de Notre-Dame-de-Montauban l'Index	90 518 $	87 808 $	3 %
Maison des jeunes de Saint-Charles-de-Drummond	65 607 $	62 578 $	5 %
Maison des jeunes de Saint-Cyrille de Wendover	76 900 $	73 969 $	4 %
Maison des jeunes de Sainte-Brigitte-des-Saults	15 000 $	15 000 $	0 %
Maison des jeunes de Shawinigan-Sud	65 607 $	62 578 $	5 %
Maison des jeunes de Ste-Gertrude inc.	53 034 $	49 799 $	6 %
Maison des jeunes de St-Georges-de-Champlain	50 896 $	48 443 $	5 %
Maison des jeunes de St-Germain	70 343 $	67 355 $	4 %
Maison des jeunes de Wickham	24 495 $	15 000 $	63 %
Maison des jeunes du Bas St-François	67 433 $	65 220 $	3 %
Maison des jeunes la Forteresse	55 357 $	52 237 $	6 %
Partenaires 12-18/Érable	69 519 $	67 324 $	3 %
Partenaires Action jeunesse Mékinac	55 098 $	52 751 $	4 %
Trait d'union de Victoriaville	103 263 $	100 684 $	3 %
TOTAL :	**2 555 732 $**	**2 458 507 $**	**4 %**
Autres ressources jeunesse			
Centre social et récréatif St-Sacrement	14 726 $	14 523 $	1 %
Espace Bois-Francs	121 023 $	118 996 $	2 %
Espace Mauricie	129 952 $	127 802 $	2 %
Gentilly Transit jeunesse	44 338 $	42 058 $	5 %
Le refuge La Piaule du Centre du Québec inc.	157 221 $	154 719 $	2 %
Maison Marie Rivier de Drummondville inc.	55 435 $	52 073 $	6 %
Organisme Centretien de Nicolet et régions	37 281 $	32 146 $	16 %
Point de rue	87 497 $	84 819 $	3 %
Répit jeunesse	82 338 $	80 415 $	2 %
Toit Jef inc.	81 856 $	79 929 $	2 %
Travail de rue communautaire de la MRC de Maskinongé	81 856 $	79 929 $	2 %
Travailleurs de rue de La Tuque inc.	81 856 $	79 929 $	2 %
Travailleurs de rue, information, prévention, sensibilisation du Rivage	71 005 $	69 568 $	2 %
TOTAL :	**1 046 384 $**	**1 016 906 $**	**3 %**
Cancer			
Le Ruban Rose	49 419 $	46 954 $	5 %
TOTAL :	**49 419 $**	**46 954 $**	**5 %**
Maisons d'hébergement communautaire jeunesse			
Maison Habit-Action de Drummondville inc.	374 837 $	368 612 $	2 %
Maison Raymond Roy	374 837 $	368 612 $	2 %
TOTAL :	**749 674 $**	**737 224 $**	**2 %**

ORGANISMES	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Alcoolisme - toxicomanie et autres dépendances			
Action toxicomanie Bois-Francs	76 126 $	74 149 $	3 %
Centre Adrienne Roy Shawinigan inc.	86 346 $	85 458 $	1 %
Centre de réadaptation Wapan	49 487 $	72 804 $	-32 %
Centre d'entraide aux Rayons du soleil inc.	27 792 $	26 000 $	7 %
Centre L'Étape du bassin de Maskinongé inc.	76 126 $	74 149 $	3 %
La Relance Nicolet-Bécancour inc.	76 126 $	74 649 $	2 %
Le Grand Chemin inc.	362 701 $	304 390 $	19 %
Maison « Réso » de la Mauricie	76 126 $	75 713 $	1 %
Maison Carignan inc.	189 877 $	178 574 $	6 %
Maison de sobriété Trois-Rivières inc.	56 784 $	55 253 $	3 %
Maison du Lac	189 878 $	178 575 $	6 %
Pavillon de l'Assuétude	369 571 $	347 462 $	6 %
Unité Domrémy de Plessisville inc.	86 346 $	84 458 $	2 %
TOTAL :	**1 723 286 $**	**1 631 634 $**	**6 %**
Contraception, allaitement, périnatalité, famille			
Allaitement-Soleil	55 862 $	53 708 $	4 %
Association des familles monoparentales ou recomposées La Source inc.	S. O.	6 360 $	---
Association Parents-ressources des Bois-Francs	18 106 $	17 856 $	1 %
Centre de ressources pour la naissance région Mauricie inc.	65 788 $	64 880 $	1 %
F.A.I.R.E (Familles d'appui et intervention pour un réseau d'entraide)	2 300 $	2 282 $	1 %
La Maison de la famille de Trois-Rivières inc.	53 549 $	58 758 $	-9 %
Le Lien Maison de la famille	1 500 $	2 146 $	-30 %
Le Rendez-vous familial inc.	2 176 $	2 146 $	1 %
Maison de la famille des Chenaux	15 055 $	18 447 $	-18 %
Maison de la famille du bassin de Maskinongé	23 507 $	21 084 $	11 %
Maison de la famille, Drummond inc.	23 470 $	32 930 $	-29 %
Maison des familles Chemin du Roi inc.	8 037 $	8 838 $	-9 %
Maison des familles de l'Érable	15 896 $	20 677 $	-23 %
Maison des familles de Mékinac	14 530 $	14 329 $	1 %
Maison des familles du Rivage	4 523 $	4 461 $	1 %
Maternaide du Québec	76 324 $	74 994 $	2 %
RAFT (Réseau d'aide aux familles en transition) inc.	S. O.	2 200 $	---
Ressource Parent-ailes	47 531 $	25 013 $	90 %
TOTAL :	**428 154 $**	**431 109 $**	**-1 %**
Déficience physique			
« La Source » Association des personnes handicapées du Haut St-Maurice inc.	69 595 $	67 561 $	3 %
Association de paralysie cérébrale Région Mauricie et Centre du Québec	48 368 $	46 080 $	5 %
Association des personnes malentendantes de la Mauricie	33 167 $	30 789 $	8 %
Association des personnes malentendantes des Bois-Francs	43 092 $	40 801 $	6 %
Association des sourds de la Mauricie inc.	62 500 $	60 175 $	4 %
Association des sourds du Centre-du-Québec inc.	6 697 $	6 605 $	1 %

ORGANISMES	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Déficience physique (suite)			
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Mauricie-Centre-du-Québec inc.	61 287 $	58 723 $	4 %
Association sourds, malentendants Centre-du-Québec inc.	38 329 $	36 626 $	5 %
Centre pour handicapés physiques des Bois-Francs inc.	224 975 $	221 513 $	2 %
Coup de main Mauricie	96 775 $	94 178 $	3 %
H.S.I. Handicaps Soleil inc.	62 425 $	60 328 $	3 %
Handicap action autonomie Bois-Francs	77 925 $	75 964 $	3 %
Regroupement des personnes sourdes de la Mauricie	6 697 $	6 605 $	1 %
TOTAL :	**831 832 $**	**805 948 $**	**3 %**
Déficience intellectuelle			
Arche Mauricie inc.	351 758 $	346 545 $	2 %
Association des personnes déficientes intellectuelles Bécancour–Nicolet-Yamaska	142 604 $	140 279 $	2 %
Association pour la déficience intellectuelle Centre-Mauricie	94 750 $	84 839 $	12 %
L'Association pour l'intégration sociale (région Bois-Francs)	70 946 $	68 923 $	3 %
Parrainage civique des Bois-Francs inc.	50 586 $	48 386 $	5 %
Parrainage civique Drummond inc.	77 929 $	75 968 $	3 %
Parrainage civique du Trois-Rivières métropolitain	61 462 $	59 356 $	4 %
TOTAL :	**850 035 $**	**824 296 $**	**3 %**
Déficiences multiples			
Association des handicapés adultes de la Mauricie inc.	52 164 $	49 749 $	5 %
Association des parents d'enfants handicapés (APEH) inc.	90 359 $	88 506 $	2 %
Association des parents d'enfants handicapés du Centre du Québec inc.	51 170 $	48 747 $	5 %
Association des personnes handicapées de Drummond inc.	54 136 $	51 967 $	4 %
Association des personnes handicapées de la MRC de Bécancour	64 671 $	61 794 $	5 %
Association des personnes handicapées de l'Érable inc.	71 977 $	69 964 $	3 %
Association des personnes handicapées du Lac St-Pierre	91 221 $	88 576 $	3 %
Association Part-égale Normandie	71 386 $	69 367 $	3 %
L'alpha - Secteur des Chenaux	31 524 $	29 132 $	8 %
L'Amis-temps des Bois Francs	33 282 $	S. O.	100 %
L'Association des personnes handicapées du comté de Maskinongé inc.	54 136 $	51 967 $	4 %
L'Évasion Service de gardiennage et de répit	70 830 $	56 370 $	26 %
TOTAL :	**736 856 $**	**666 139 $**	**11 %**
Troubles envahissants du développement			
Autisme - Centre-du-Québec	33 167 $	30 789 $	8 %
Autisme Mauricie	276 341 $	271 532 $	2 %
Centre de stimulation l'Envol	74 913 $	72 125 $	4 %
TOTAL :	**384 421 $**	**374 446 $**	**3 %**

ORGANISMES	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Santé mentale			
Accalmie : Accompagnement et hébergement pour personnes suicidaires	292 731 $	288 689 $	1 %
Association des parents et amis du malade émotionnel du Centre du Québec inc.	163 428 $	160 714 $	2 %
Association Le P.A.S.	161 308 $	158 618 $	2 %
Atikamekw Sipi-Conseil de la Nation Atikamekw	12 023 $	11 857 $	1 %
Auto-Psy Mauricie	163 373 $	160 427 $	2 %
Centre de prévention suicide du Haut Saint-Maurice	117 228 $	112 058 $	5 %
Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond	151 395 $	143 456 $	6 %
Centre prévention suicide Les Deux Rives	355 258 $	340 993 $	4 %
Centre prévention suicide, Centre-de-la-Mauricie, Mékinac, inc.	157 718 $	150 415 $	5 %
Groupe d'entraide « L'Entrain »	171 864 $	168 872 $	2 %
Groupe d'entraide Facile d'accès	123 730 $	121 187 $	2 %
Groupe d'entraide La Lanterne	202 661 $	199 491 $	2 %
La Chrysalide Maison d'hébergement communautaire en santé mentale	333 317 $	326 728 $	2 %
La maison Le Réverbère inc.	360 163 $	353 257 $	2 %
La Passerelle, Association de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale de Bécancour–Nicolet-Yamaska	123 685 $	121 432 $	2 %
La Ruche Aire-ouverte inc.	158 419 $	155 536 $	2 %
L'Avenue libre du bassin de Maskinongé inc.	131 630 $	129 069 $	2 %
Le Gyroscope du bassin de Maskinongé	106 246 $	104 142 $	2 %
Le Périscope, Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et secteur Mékinac (AFPPAMM)	150 753 $	148 186 $	2 %
Le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs inc.	166 807 $	151 918 $	10 %
Le Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie inc.	62 530 $	61 667 $	1 %
Le Traversier, Centre de jour et d'entraide en santé mentale	214 376 $	211 013 $	2 %
Les Ateliers du second souffle	213 827 $	210 517 $	2 %
Les parents partenaires inc.	114 811 $	112 869 $	2 %
Panda Drummond	24 739 $	20 235 $	22 %
Regroupement des organismes de base en santé mentale régions 04-17	74 177 $	83 567 $	-11 %
Réseau d'aide Le Tremplin inc.	528 981 $	519 428 $	2 %
S.I.T. (Service d'intégration au travail)	352 226 $	347 363 $	1 %
Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale du Centre-du-Québec/Mauricie	115 675 $	117 078 $	-1 %
TOTAL :	**5 305 079 $**	**5 190 782 $**	**2 %**
Centre d'action bénévole (CAB)			
Carrefour d'action bénévole du Haut Saint-Maurice	151 114 $	125 003 $	21 %
Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francs	259 459 $	255 187 $	2 %
Centre d'action bénévole de Grand-Mère inc.	150 588 $	147 819 $	2 %
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Bécancour	211 309 $	207 702 $	2 %
Centre d'action bénévole de la Moraine	118 068 $	112 259 $	5 %
Centre d'action bénévole de la MRC de Maskinongé	148 859 $	146 114 $	2 %
Centre d'action bénévole de l'Érable	155 337 $	152 502 $	2 %
Centre d'action bénévole de Nicolet inc.	133 929 $	130 841 $	2 %
Centre d'action bénévole des Riverains	117 419 $	111 498 $	5 %
Centre d'action bénévole Drummond inc.	305 206 $	300 302 $	2 %

ORGANISMES	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Centre d'action bénévole (CAB) (suite)			
Centre d'action bénévole du Lac St-Pierre	126 663 $	122 328 $	4 %
Centre d'action bénévole du Rivage	138 761 $	136 155 $	2 %
Centre d'action bénévole Laviolette	303 266 $	298 389 $	2 %
Centre d'action bénévole Mékinac	133 179 $	129 962 $	2 %
Le Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan	228 740 $	224 892 $	2 %
TOTAL :	**2 681 897 $**	**2 600 953 $**	**3 %**
Santé physique			
Association de la fibromyalgie Mauricie / Centre-du-Québec	46 152 $	43 659 $	6 %
Association des cardiaques de la Mauricie inc.	46 152 $	43 659 $	6 %
Association des personnes aphasiques de la Mauricie	48 333 $	45 859 $	5 %
Association des traumatisés crânio-cérébraux, Mauricie/Centre du Québec	61 899 $	58 997 $	5 %
Diabète Bois-Francs	42 376 $	40 078 $	6 %
Épilepsie Mauricie Centre-du-Québec	74 331 $	71 881 $	3 %
Hépatites ressources	79 640 $	15 000 $	431 %
La fondation des traumatisés cranio-cérébraux Mauricie Bois-Francs inc.	52 237 $	51 516 $	1 %
Maison Albatros Trois-Rivières inc.	395 329 $	336 796 $	17 %
Société canadienne de la sclérose en plaques section Centre-du-Québec	15 000 $	S. O.	100 %
Société canadienne de la Sclérose en plaques, section Mauricie	54 834 $	52 442 $	5 %
Société Parkinson Mauricie/Centre-du-Québec inc.	49 929 $	47 240 $	6 %
TOTAL :	**966 212 $**	**807 127 $**	**20 %**
Personnes démunies			
Association coopérative d'économie familiale de la Mauricie (ACEF)	143 041 $	111 124 $	29 %
Carrefour d'entraide Drummond inc.	137 665 $	108 659 $	27 %
Carrefour Normandie Saint-Tite inc.	85 503 $	63 947 $	34 %
Centre d'éducation populaire de Pointe-du-Lac	90 113 $	70 441 $	28 %
Centre d'entraide « Contact » de Warwick	60 454 $	44 279 $	37 %
Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire (C.O.M.S.E.P.)	91 452 $	69 575 $	31 %
Centre du Plateau Laval	105 030 $	90 929 $	16 %
Comptoir alimentaire Drummond inc.	93 899 $	65 337 $	44 %
Ebyôn	58 845 $	39 500 $	49 %
Entraide Bécancour inc.	35 522 $	20 236 $	76 %
Fonds communautaire des Chenaux	89 327 $	67 525 $	32 %
La Maison de l'Abondance	63 519 $	42 788 $	48 %
La Sécurité alimentaire	77 898 $	61 902 $	26 %
La Tablée populaire	96 703 $	67 365 $	44 %
La Tablée populaire Shawinigan inc.	101 700 $	62 581 $	63 %
L'Entre-aide de Louiseville	72 402 $	51 477 $	41 %
Les Artisans bénévoles de la paix en Mauricie	76 535 $	54 805 $	40 %
Les cuisines collectives de Francheville	113 579 $	92 173 $	23 %
Les Cuisines collectives des Bois-Francs	118 255 $	101 811 $	16 %
Ludolettre	73 637 $	59 961 $	23 %
Maison Coup de pouce T.R.	73 252 $	51 493 $	42 %

ORGANISMES Personnes démunies (suite)	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Moisson Mauricie /Centre-du-Québec	164 838 $	92 568 $	78 %
Organisme de récupération alimentaire et de services St-Eusèbe	82 004 $	65 846 $	25 %
Organisme de récupération anti-pauvreté de l'Érable	95 178 $	78 161 $	22 %
Regroupement pour la défense des droits sociaux (R.D.D.S.) de la région de Nicolet inc.	S. O.	2 100 $	---
Ressource Aide alimentaire	68 165 $	55 241 $	23 %
TOTAL :	**2 268 516 $**	**1 691 824 $**	**34 %**
VIH - SIDA			
Bureau local d'intervention traitant du sida (B.L.I.T.S.)	128 121 $	125 971 $	2 %
Maison Re-Né inc.	246 126 $	238 775 $	3 %
Sidaction (Trois-Rivières) inc.	98 202 $	96 130 $	2 %
TOTAL :	**472 449 $**	**460 876 $**	**3 %**
Hébergement mixte			
Centre Le Havre de Trois-Rivières inc.	471 948 $	465 076 $	1 %
Ensoleilvent	320 558 $	313 858 $	2 %
Pro-Anawim	523 413 $	457 031 $	15 %
Maison de Transition de la Batiscan	336 495 $	329 934 $	2 %
TOTAL :	**1 652 414 $**	**1 565 899 $**	**6 %**
Concertation et consultation générale			
Table régionale des organismes communautaires (TROC) oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	227 557 $	170 461 $	33 %
TOTAL :	**227 557 $**	**170 461 $**	**33 %**
Maintien à domicile			
Association des personnes aidantes naturelles de Mékinac	33 352 $	26 986 $	24 %
La Société Alzheimer de la Mauricie	666 138 $	659 791 $	1 %
L'Association des aidants naturels et aidantes naturelles du bassin de Maskinongé « Mains tendres »	67 751 $	60 910 $	11 %
Regroupement des aidants naturels de la Mauricie inc.	74 788 $	67 849 $	10 %
Société Alzheimer du Centre du Québec	229 020 $	171 082 $	34 %
Soutien à domicile des Chenaux	20 000 $	20 000 $	0 %
TOTAL :	**1 091 049 $**	**1 006 618 $**	**8 %**

ORGANISMES	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté			
La maison La Nacelle	593 893 $	589 716 $	1 %
La Rose des vents de Drummond inc.	609 858 $	601 081 $	1 %
La Séjournelle (maison d'aide et d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale avec ou sans enfants)	607 815 $	599 833 $	1 %
Le FAR (famille, accueil, référence) 1985 inc.	630 906 $	621 838 $	1 %
Le Toit de l'Amitié	607 815 $	599 423 $	1 %
Maison « de Connivence » inc.	607 815 $	599 423 $	1 %
Maison d'hébergement La Volte-Face	609 858 $	601 081 $	1 %
TOTAL :	**4 267 960 $**	**4 212 395 $**	**1 %**
Centres de femmes			
Centre de femmes de Shawinigan inc.	175 182 $	172 406 $	2 %
Centre de femmes Parmi elles	175 015 $	172 242 $	2 %
Centre des femmes L'Héritage	175 015 $	172 242 $	2 %
Femmes de Mékinac	174 839 $	172 068 $	2 %
La maison des femmes des Bois-Francs	175 101 $	172 326 $	2 %
Le collectif des femmes de Nicolet et région	187 660 $	172 242 $	9 %
Maison des femmes de Drummondville	175 245 $	172 468 $	2 %
TOTAL :	**1 238 057 $**	**1 205 994 $**	**3 %**
Autres ressources pour femmes			
Centre de santé des femmes de la Mauricie	490 959 $	483 824 $	1 %
TOTAL :	**490 959 $**	**483 824 $**	**1 %**
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)			
Centre d'aide AQUA-R-ELLE	116 279 $	106 064 $	10 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières	272 667 $	253 157 $	8 %
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Centre-de-la-Mauricie / Mékinac	118 422 $	109 344 $	8 %
La Passerelle, Centre d'aide et de prévention contre les agressions sexuelles	239 486 $	227 102 $	5 %
TOTAL :	**746 854 $**	**695 667 $**	**7 %**
Ressources pour hommes			
Chez-nous, Entre-hommes	55 612 $	52 655 $	6 %
Halte Drummond	133 561 $	131 361 $	2 %
Homme alternative	133 561 $	131 361 $	2 %
L'Accord Mauricie inc.	177 975 $	156 404 $	14 %
TOTAL :	**500 709 $**	**471 781 $**	**6 %**

ORGANISMES Organismes de justice alternative	Budget total 2009-2010	Budget total 2008-2009	Variation
Aux Trois pivots	427 028 $	420 776 $	1 %
Commun accord organisme de justice alternative	186 830 $	183 894 $	2 %
Départ jeunesse inc.	129 025 $	126 888 $	2 %
L'Alter-égaux, organisme de justice alternative	72 380 $	70 371 $	3 %
Organisme de justice alternative Volteface	234 326 $	230 735 $	2 %
Pacte Bois-Francs inc.	188 326 $	185 370 $	2 %
Ressources alternatives Maskinongé	76 403 $	74 428 $	3 %
TOTAL :	**1 314 318 $**	**1 292 462 $**	**2 %**
GRAND TOTAL :	**32 579 823 $**	**30 849 826 $**	**6 %**

LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉSEAU

CHAPITRE 19

LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'exercice financier 2009-2010, deux établissements de la région ont eu recours à des emprunts temporaires autorisés par l'Agence et le ministère de la Santé et de Services sociaux (deux en 2008-2009). Les montants autorisés au 31 mars 2010 sont reflétés au tableau à la page suivante.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2010 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 3,45 % (comme au 31 mars 2009) du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Selon la politique d'emprunt révisée le 20 novembre 2009, il n'y a pas de maximum régional en ce qui a trait aux emprunts reliés aux dépenses courantes de fonctionnement. Ceux-ci sont sous la gestion du Ministère. Quant au maximum régional pour les dépenses en immobilisations, il s'élève à 3 830 000 000 $. La région respecte ce maximum en ce qui concerne cette catégorie.

Également, des emprunts autofinancés par les économies d'énergie ont été autorisés aux établissements par le Ministère conformément au Cadre de gestion des projets autofinancés par les économies d'énergie. Les autorisations émises pour quatre établissements de notre région totalisent 11 628 566 $.

Finalement, une autorisation d'emprunt pour un projet autofinancé sur une période excédant cinq ans a été émise par le MSSS dans le cadre de la relocalisation d'espaces d'un établissement de notre région. L'autorisation d'emprunt émise est de 2 072 331 $.

Montants totaux pour chacun des types et catégories d'emprunt	31 mars 2010		31 mars 2009
	Emprunts autorisés	Emprunts utilisés	Emprunts autorisés
Reliés aux dépenses courantes de fonctionnement			
Équilibre budgétaire	28 806 000	18 805 387	30 400 000
Traitement différé	194 000	194 000	-
	29 000 000 $	**18 999 387 $**	**30 400 000 $**
Reliés aux dépenses en immobilisations			
Projets autofinancés (autorisations régionales)	1 709 699	1 553 098	152 798
Projets financés par les activités accessoires	-	-	764 708
Projets autofinancés (autorisations MSSS)	2 072 331	899 514	-
	3 782 030 $	**2 452 612 $**	**917 506 $**
Reliés aux projets d'économies d'énergie			
Projets autofinancés par les économies d'énergie (projets autorisés par le MSSS) - en cours d'implantation	11 628 566	-	-
	11 628 566 $	**0 $**	**0 $**

LES DONNÉES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS

Établissements	2009-2010 Financement de l'Agence	2009-2010 Résultats	2008-2009 Financement de l'Agence	2008-2009 Résultats[1]
CSSS				
du Haut-St-Maurice	27 827 078	344 514	26 978 275	113 329
de la Vallée-de-la-Batiscan	22 660 107	769 791	21 852 797	(87 041)
de l'Énergie	132 327 285	701 142	127 751 035	(691 671)
de Maskinongé	26 453 955	(361 151)	24 819 658	6 032
de Trois-Rivières	90 313 688	319 674	86 248 524	31 438
Bécancour–Nicolet-Yamaska	48 799 014	12 528	47 111 229	8 109
Drummond	112 617 091	(388 178)	112 502 076	(856 079)
d'Arthabaska-et-de-l'Érable	119 402 871	(171 060)	115 070 238	(122 234)
	586 401 089	**1 227 260**	**562 333 832**	**(1 598 117)**
Centre hospitalier				
CH régional de Trois-Rivières	**166 881 915**	**980 592**	**158 608 651**	**(1 780 533)**
Centres de réadaptation et CJ				
Centre jeunesse MCQ	56 143 874	(1 714)	54 180 535	0
Domrémy MCQ	6 591 105	25 594	6 193 749	(36 672)
CR InterVal	17 850 951	1 090 438	17 013 636	260 407
CRCITED MCQ - Institut universitaire	55 867 922	301 521	52 672 501	90 807
	136 453 852	**1 415 839**	**130 060 421**	**314 542**
Privés conventionnés				
Foyer Saints-Anges Ham Nord	1 801 438	0	1 802 797	0
Vigi Santé Ltée (Les Chutes)	4 793 151	0	4 907 944	0
	6 594 589	**0**	**6 710 741**	**0**
Cible déficitaire		(3 528 275)		(3 528 275)
	896 331 445	**95 416**	**857 713 645**	**6 592 383**

[1] *Les résultats des privés conventionnés n'étant pas considérés dans les paramètres gouvernementaux, aucun résultat n'est considéré dans ce tableau.*

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

CHAPITRE 20

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

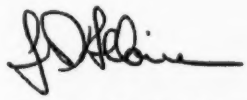
Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et le respect des principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus au rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le

vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.



Jean-Denis Allaire
Président-directeur général

Serge Beauchamp
Directeur général adjoint

LE RAPPORT DES VÉRIFICATEURS SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Au conseil d'administration de l'Agence de la
santé et des services sociaux de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au 31 mars 2010, et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport daté du 21 mai 2010. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Dessureault Leblanc Lefebvre CA
COMPTABLES AGRÉÉS[1]

Trois-Rivières, le 2 septembre 2010

[1] Par : Claude Lacombe, CA auditeur

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
PRODUITS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :					
Budget signifié	01	11,207,479	10,933,351	80,536	121,300
(Diminution) ou augmentation du financement (préciser) page 292-1	02	28,462	60,195		
Variation des revenus reportés - MSSS (préciser) page 292-1	03	(9,348)	7,426	10,668	(10,159)
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04	(4,929)	25,890	(851)	(54)
Total (L. 01 à L.04)	05	11,221,664	11,026,862	90,353	111,087
Revenus de placements	06	11,345	23,408		918
Revenus commerciaux	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources:					
Recouvrements	08	611,862	643,100		
Ventes de services	09				
Subventions du gouvernement fédéral	10	21,833	22,014		
Autres subventions (préciser) page 292-1	11	205,423	207,237	65,000	
Autres revenus (préciser) page 292-1	12	79,206	86,112		
Total des produits (L.05 à L.12)	13	12,151,333	12,008,733	155,353	112,005
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	7,194,356	6,708,448	53,177	50,343
Avantages sociaux	15	1,698,312	1,754,777	11,069	10,865
Charges sociales (C.1: P291, précision 3)	16	904,493	848,025	6,284	6,034
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.(act.princ.)	17	310,935	287,096	2,400	3,705
Services achetés (C.1: P.291,précision 4)	18	602,957	789,096	4,158	32,756
Communications	19	142,537	279,906	145	534
Loyer	20	740,879	809,678		
Location d'équipement	21	63,463	55,976		
Fournitures de bureau	22	179,828	112,861		
Transfert à des établissements (préciser) page 390	23	12,822		xxxx	xxxx
Autres frais (préciser) page 292-2	24	349,485	305,592	65,000	
Charges non réparties	25		38,687		(24)
Transfert de frais généraux (préciser) page 292-2	26	(183,742)	(193,781)	3,305	6,195
Charges extraordinaires	27	xxxx	xxxx		
Total charges d'exploitation et non réparties (L.14 à L.27)	28	12,016,325	11,796,361	145,538	110,408
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 - L.28)	29	135,008	212,372	9,815	1,597

À titre informatif seulement: Contributions (+/-)					
En provenance de l'avoir-propre (+) (préciser)	30				
En provenance de fonds affectés (+) (préciser) page 292-2	31	1,661	72,995	xxxx	xxxx
En provenance du fonds des activités régionalisées (+) (préciser)	32			xxxx	xxxx
En provenance du fonds de stationnement (+) (préciser)	33				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	34	(117,780)	(94,608)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	35	xxxx	xxxx		
Affectées à d'autres fonds (-) (préciser) page 390	36	(1,000)			
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	17,889	190,759	9,815	1,597

Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	5,274,970	5,034,441
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	02	308,184	150,020
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	03	849	(1,927)
Contributions des établissements	04	25,000	25,000
Revenus de placements	05	6,249	21,922
Revenus d'autres sources:			
Recouvrements	06	80,515	352,545
Ventes de services	07		
Subventions du gouvernement fédéral	08		
Autres revenus	09	71,916	8,910
Total des produits (L.01 à L.09)	10	5,767,683	5,590,911
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	1,360,720	1,379,321
Avantages sociaux	12	357,622	304,127
Charges sociales	13	192,055	183,756
Frais de déplacement et d'inscription	14	82,859	97,911
Services achetés	15	1,974,946	1,710,837
Communications	16	503,195	485,936
Loyer	17	3,832	4,060
Location d'équipement	18	6,018	17,150
Fournitures de bureau	19	70,276	91,681
Créances douteuses	20		
Autres charges	21	606,605	568,584
Transferts de frais généraux	22	180,436	187,586
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.22)	23	5,338,564	5,030,949
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.23)	24	429,120	559,962

À titre informatif seulement: Contributions			
En provenance du fonds d'exploitation (+)	25		
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	26		
En provenance de fonds affectés (+)	27	51,382	
Affectées au fonds d'exploitation (-)	28		
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	29		
Affectées à des fonds affectés (-)	30		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	31	(7,522)	(177,161)
Autres transferts interfonds	32		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.24 à L.32)	33	472,980	382,801

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2010

SOLDE DE FONDS

		Reports 1	Activités principales 2	Avoir propre 3	Total (C.2 + C.3) 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		201,960	395,382	597,342
Additions (déductions)					
ACTIVITÉS PRINCIPALES:					
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	135,008	xxxx	xxxx	xxxx
Transferts interfonds (provenance):					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	03		xxxx	xxxx	xxxx
Contributions de fonds affectés (+)	04	1,661	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	05		xxxx	xxxx	xxxx
Contributions du fonds de stationnement (+)	06		xxxx	xxxx	xxxx
Transferts interfonds (affectations):					
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	07	(117,780)	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions à d'autres fonds (-)	08	(1,000)	xxxx	xxxx	xxxx
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.02 à L.08)	09	17,889	17,889		17,889
ACTIVITÉS ACCESSOIRES:					
Excédent (Déficit) de l'exercice	10		xxxx	9,815	9,815
Transferts interfonds (provenance):					
Contributions en provenance de l'avoir propre (+)	11		xxxx		
Contributions du fonds de stationnement (+)	12		xxxx		
Transferts interfonds (affectations):					
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	13		xxxx		
Contributions au fonds de stationnement (c-a 8610)(-)	14		xxxx		
Contributions à d'autres fonds (-)	15		xxxx		
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.10 à L.15)	16		xxxx	9,815	9,815
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre (préciser)	17				
Libération de surplus	18		(201,875)	201,875	
Récupération de surplus	19				
Autres additions (déductions)	20		8,490		8,490
Variation de l'exercice (L.09 + L.16 + L.17 à L.20)	21		(175,496)	211,690	36,194
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS (préciser)	22				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.21 + L.22)	23		26,464	607,072	633,536

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2010

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		2,101,651
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	404,690	429,120
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	117,779	
Contributions des activités régionalisées (+)	04	7,522	
Contritutions de fonds affectés (+)	05	77,485	51,382
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à des fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	xxxx	(7,522)
Autres transferts interfonds (préciser pour la colonne 1)	10		
Autres additions (déductions) (préciser) page 292-2	11	(607,476)	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(0)	472,980
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS (préciser pour la colonne 1)	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	(0)	2,574,631

NOTE: La mention "préciser" ne s'applique pas à la colonne 2.

Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2010

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2	3	4
Encaisse	01	1,916,385	1,432,697	1,946,119	2,172,662
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS (C.1: P.290, précision 1)	03	38,462	39,054	1,086,791	427,165
Établissements publics (préciser)	04	11,130	10,118	27,919	1,493
Fonds d'exploitation	05	xxxx	xxxx		
Fonds des act. régionalisées (C.1 : préciser)	06			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	07				
Autres (C.1 : préciser) page 292-3	08	429,110	303,922	100,406	287,041
Charges payées d'avance	09	52,584	50,502	319	147,572
Autres éléments (C.1 : préciser) page 292-3	10	71,387	106,798		
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.10)	11	2,519,058	1,943,091	3,161,554	3,035,933
À long terme					
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de	12	994,530	989,759	116,857	126,558
Autres éléments d'actif (C.1 : préciser) page 292-3	13	250	250		
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 à L.13)	14	3,513,838	2,933,100	3,278,411	3,162,491
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15				
Emprunts temporaires	16				227,370
Intérêts courus à payer	17				
Créditeurs et charges à payer :					
MSSS (C.1: P.290, précision 2)	18				
Établissements publics (préciser)	19	43,772		6,714	3,624
Fonds d'exploitation	20	xxxx	xxxx		
Fonds des activités régionalisées (C.1: préciser)	21			xxxx	xxxx
Fonds affectés (C.1 : préciser)	22				
Salaires courus à payer	23	573,498	96,238	18,756	14,903
Autres (C.1 : préciser) page 292-3	24	798,113	1,077,000	427,457	294,888
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs	25			xxxx	xxxx
Autres revenus reportés (C.1 : préciser) page 292-4	26	422,245	159,933	85,102	339,749
Provision pour vacances et congés de maladie	27	1,011,016	1,002,587	165,752	180,306
Autres éléments (C.1 : préciser) page 292-4	28	31,658			
Total – Passif à court terme (L.15 à L.28)	29	2,880,302	2,335,758	703,781	1,060,840
Dettes à long terme (C.1 : préciser)	30				
TOTAL DU PASSIF (L.29 + L.30)	31	2,880,302	2,335,758	703,781	1,060,840
SOLDE DE FONDS	32	633,536	597,342	2,574,631	2,101,651
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.31 + L.32)	33	3,513,838	2,933,100	3,278,411	3,162,491

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2010

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	785,560	796,915
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	27,608,164	25,608,939
Débiteurs MSSS	04	773,189	928,712
Autres éléments (préciser) page 292-4	05	70,041	4,657,715
À long terme			
Immobilisations	06	2,322,892	2,608,311
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - écart de financement - réforme comptable	07	68,898,695	73,528,495
Autres éléments d'actif (préciser) page 292-5	08	5,535,528	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.08)	09	105,994,069	108,129,087
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	10		
Emprunts temporaires	11	34,445,314	30,073,363
Intérêts courus à payer : Financement Québec	12	749,749	912,316
Corporation d'hébergement du Québec	13		16,396
Autres	14	47,063	66,770
Autres éléments (préciser) page 292-5	15	980,828	798,504
À long terme			
Revenus reportés	16		
Dettes à long terme	17	69,771,115	76,261,738
TOTAL DU PASSIF (L.10 À L.17)	18	105,994,069	108,129,087
SOLDE DE FONDS	19	(0)	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.18 + L.19)	20	105,994,069	108,129,087

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2010

BILAN

		Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		1	2
À court terme			
Encaisse	01	1,946,241	3,239,334
Placements temporaires	02		
Débiteurs : MSSS	03	1,162,541	633,833
MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	04		
Établissements publics	05	27,000	103,707
Fonds d'exploitation	06		
Fonds des activités régionalisées	07		
	08	xxxx	xxxx
Autres	09	380,667	345,718
Charges payées d'avance	10	41,854	839
Autres éléments	11		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	3,558,303	4,323,431
À long terme			
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	13	38,575	55,789
Placements à long terme	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	3,596,878	4,379,220
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16	264,503	
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer : Établissements publics	19	166,135	140,170
Organismes	20		15,024
Fonds d'exploitation	21		
Fonds des activités régionalisées	22		
	23	xxxx	xxxx
Salaires courus à payer	24	7,234	479
Autres	25	570,415	1,854,805
Revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	26	22,500	159,670
Autres revenus reportés	27	110,029	160,084
Provision pour vacances et congés de maladie	28	70,390	80,323
Autres éléments	29	517,991	
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.29)	30	1,729,197	2,410,555
SOLDE DE FONDS	31	1,867,681	1,968,665
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31)	32	3,596,878	4,379,220

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
PRODUITS			
MSSS	01	31,203,140	29,922,395
Récupération par le Ministère (en déduction)	02		
Crédits régionaux	03	296,807	754,698
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	04	137,170	(90,070)
Ajustement de la subvention à recevoir - réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	05	292	
Revenus de placements	06	17,114	43,938
Revenus d'autres sources:			
Subvention du gouvernement fédéral	07		
Autres subventions	08	197,229	135,153
Autres revenus	09	6,864,235	7,572,052
Total des produits (L.01 à L.09)	10	38,715,988	38,338,166
CHARGES			
Établissements publics	11	284,230	619,705
Organismes	12	17,645	10,000
Intérêts sur emprunts	13		
Charges d'exploitation:			
Salaires	14	232,699	328,029
Avantages sociaux	15	68,642	69,899
Charges sociales	16	31,031	41,047
Frais de déplacement et d'inscription	17	2,419	20,365
Services achetés	18	155,573	179,759
Location d'équipement	19	9,765	3,454
Fournitures de bureau	20	25,446	10,873
Autres charges d'exploitation	21	9,405	26,206
Autres charges	22	37,996,190	35,485,418
Total des charges (L.11 à L.22)	23	38,833,045	36,794,755
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10- L.23)	24	(117,057)	1,543,411

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2010

SOLDES DES FONDS

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1,968,665	1,709,232
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(117,057)	1,543,411
Transferts interfonds (provenance):			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations):			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(77,484)	(1,271,465)
Transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	94,352	
Autres additions (déductions)	11	(795)	(12,513)
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(100,984)	259,433
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1,867,681	1,968,665

Fonds 009 - Services préhospitaliers d'urgence

Exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS ET SOLDE DU FONDS

		009-02 **Télémétrie** en soins préhosp.	009 - Services préhospitaliers d'urgence **excluant 009-02 (télémétrie)**		
			Répétitif	Non répétitif	Total (C.2+C.3)
PRODUITS		1	2	3	4
MSSS	01		21,088,174	3,797,502	24,885,676
Crédits régionaux	02				
Variation revenus reportés MSSS et crédits régionaux	03				
Ajustement de la subvention à recevoir - réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04		102		102
Revenus autonomes	05		6,859,565		6,859,565
Revenus de placements	06		7,980		7,980
Autres revenus: Subvention du gouvernement fédéral	07				
Autres subventions (préciser)	08				
Autres (préciser) page 547-2	09		2,514		2,514
Total des produits (L.01 à L.09)	10		27,958,335	3,797,502	31,755,837
CHARGES 546)	11		27,447,070		27,447,070
Particularités régionales (détail page 547-2)	12		61,825		61,825
Éléments rectifiables (détail page 547-2)	13		xxxx	956,485	956,485
Centre de communication santé (détail page 547-3)	14		2,382,856		2,382,856
Formation (détail page 547-3)	15		361,731		361,731
Assurance qualité (détail page 547-3)	16		274,903		274,903
Allocation de retraite	17		xxxx		
Médicaments	18		xxxx	7,433	7,433
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	19				
Attribution à des organismes	20				
Ajustements des années antérieures	21			69,323	69,323
Premiers répondants	22			232,055	232,055
Déplacement des usagers	23				
Charges d'exploitation : Salaires	24		45,908		45,908
Avantages sociaux	25		12,980		12,980
Charges sociales	26		6,741		6,741
Frais de déplacement et d'inscription	27		364		364
Services achetés	28		602		602
Location d'équipement	29				
Fournitures de bureau	30		11,557		11,557
Autres charges d'exploitation	31				
Autres charges (préciser) page 547-3	32			6,573	6,573
Total des charges (L.11 à L.32)	33		30,606,537	1,271,869	31,878,406
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.33)	34		xxxx	xxxx	(122,569)
SOLDE DU FONDS					Montant
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	35			35	5,518
Additions (déductions)					
Excédent (Déficit) de l'exercice	36			36	(122,569)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	37			37	(21,191)
Autres transferts interfonds (préciser) page 590-5	38			38	145,734
Autres additions (déductions)(préciser)	39			39	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.35 à L.39)	40			40	7,492

Exercice terminé le 31 mars 2010

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2009-2010

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2009-2010 inscrit dans le système SBF-R	01	987,910,754
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	910,539,307
Allocations aux organismes communautaires	03	32,794,713
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	2,305,211
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R **(L. 02 à L. 04)**	05	945,639,231
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	33,798,277
Autres (préciser) page 292-6	07	14,100
TOTAL (L.05 à L.07)	08	979,451,608
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	8,459,146
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés (préciser) page 292-7	10	5,545,479
- Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissement publics		
- Comptes à payer signifiés (préciser) page 292-8	12	1,990,063
- Comptes à payer non signifiés	13	647,943
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	8,183,485
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	275,661
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	

Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R (préciser page 292-8)	17	145,073
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17 (préciser page 292-8)	18	145,073

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principes comptables généralement reconnus (PCGR).

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Description des principales convention comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux, lesquelles s'appuient sur celles du Manuel de le comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public (Manuel du secteur public), à l'exception des normes suivantes :

Les passifs éventuels concernant des sites contaminés ne sont pas comptabilisés.

Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire au 31 mars ne sont pas comptabilisés.

Certaines immobilisations corporelles louées sont comptabilisées comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition conformément à la notre d'orientation du secteur public no.2.

De plus, selon les définitions du Manuel du secteur public, les établissements publics et les établissements privés sans but lucratif relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux rencontrent les critères des organismes sans but lucratif. En conséquence, ces établissements devraient suivre les règles applicables à ces organismes.

Les principales conventions comptables du Manuel du secteur public qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes à but non lucratif sont les suivantes :
- les instruments financiers ne sont pas classifiés selon les recommmandations du chapitre 3855 du Manuel de l'ICCA et aucune information n'est présentée à leur sujet;
- le montant des stocks comptabilisé en charge, les dépréciations et les reprises de valeur ne sont pas présentées;
- les frais d'émission, les primes et les escomptes de la dette à long terme sont présentés comme poste distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou diminution de la dette;
- les informations à fournir concernant le capital (chapitre 1535) ne sont pas présentées.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2010

Suite NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES

1) OBJET

L'harmonisation des conventions comptables des agences de la santé et des services sociaux aux conventions comptables du gouvernement découle de la réforme comptable mise en œuvre en décembre 2007 par le gouvernement. Cette réforme a pour but d'appliquer tous les principes comptables généralement reconnus (PCGR) auxquels doivent se conformer les gouvernements, incluant entre autres, l'intégration des résultats financiers des agences aux états financiers consolidés du gouvernement.

L'harmonisation des conventions comptables permettra aux agences de respecter les PCGR et de faciliter la préparation des résultats financiers consolidés du gouvernement.

2) CONTEXTE DE RÉFÉRENCE

La consolidation des résultats financiers du gouvernement nécessite l'identification, par les entités du périmètre comptable, des transactions à éliminer lors de la préparation de la présentation des états consolidés du gouvernement.

3) PÉRIMÈTRE COMPTABLE

Le périmètre comptable du gouvernement comprend d'abord les ministères et organismes budgétaires. Leurs revenus appartiennent au fonds consolidé du revenu et leur fonctionnement est pourvu par des allocations du Parlement tirées sur ces fonds. Ces entités suivent les conventions comptables adoptées par le Conseil du trésor conformément à la Loi sur l'administration publique.

Le périmètre comptable du gouvernement comprend aussi les organismes gouvernementaux et ceux des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation qui reçoivent des transferts du gouvernement, des fonds qui reçoivent des affectations du gouvernement et des entreprises du gouvernement qui sont autonomes financièrement.

Les normes comptables appropriées pour les différentes entités du périmètre comptable sont déterminées dans la Préface - Normes comptables pour le secteur public de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public.

La liste des entités du périmètre comptable est publiée en annexe au rapport financier annuel AS-475.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

4) IMPACTS DE L'HARMONISATION

Pour les exercices 2006-2007 et 2007-2008, les résultats financiers des agences ont été incorporés à ceux du gouvernement à la valeur de consolidation, c'est-à-dire en consolidant les résultats globaux.

Toutefois, les normes de l'ICCA stipulent que les gouvernements doivent utiliser la méthode de consolidation intégrale, ce qui implique la compilation des résultats de chacun des postes des états financiers (revenus, dépenses, etc.) des établissement publics et des agences.

Harmonisation des conventions comptables des agences aux conventions comptables du gouvernement

Les conventions et pratiques comptables harmonisées avec celles du gouvernement sont les suivantes :

1) **La rémunération**

La dépense de rémunération est constatée selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Ainsi, les dépenses sont constatées dans les résultats de l'année financière au cours de laquelle elles sont encourues sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement .

En conséquence, les obligations découlant des dépenses de rémunération courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

2) **Créditeurs et frais à payer**

Les créditeurs et frais à payer sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

Ainsi, les intérêts courus à payer au 31 mars, sur toutes les dettes de l'agence doivent être comptabilisées de même que toute dette relative : à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus.

3) **Les immobilisations**

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, selon un méthode logique et systématique, sur une période correspondant à leur vie utile.

4) **Présentation des résultats**

Les revenus et dépenses des divers fonds sont présentés à l'état des résultats de ces fonds.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

5) **Les revenus et les revenus reportés (autres qu'immobilisations)**
Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

- Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement (établissements publics, MSSS) :
Ces sommes, dont le budget de fonctionnement sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où : ils sont autorisés, les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et une estimation raisonnable des montants en cause est possible lorsque applicable.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté que dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que pour des dépenses qui seront assumées, pour ces fins, dans le futur.

- Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement:
Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

- Pour le fonds des activités régionalisées, sont reportés les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

- Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :
Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur.

Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent.

Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année.

Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Dans le cas du fonds Rapatriement de la clientèle, conformément à la directive du Conseil du trésor, montant à être versé, après la fin de l'exercice, sous forme de forfaitaires aux médecins des hôpitaux de l'Outaouais pour compenser leur collaboration au système de référence et leur participation au rapatriement des clientèles.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

6) **Ajustements de revenus et de charges des exercices antérieurs**

Les ajustements des produits et des charges de chacun des fonds s'appliquant aux exercices antérieurs sont comptabilisés à l'état des résultats du fonds correspondant. Toutefois, les redressements relatifs à une modification de convention comptable ou à la correction d'une erreur significative dans les états financiers d'exercices antérieurs peuvent être portés au solde du fonds. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont pas redressés.

7) **Les frais payés d'avance**

Emprunts et frais d'émission et d'escompte sur obligations

À compter de l'exercice 2008-2009, les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance. Cet amortissement est calculé selon le taux effectif de chaque emprunt.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

Le solde non amorti de l'escompte et des frais d'émission est inclus aux frais reportés liés aux dettes alors que le solde non amorti de la prime est présenté à titre de revenu reporté.

Conventions comptables particulières aux agences

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus des agences et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public publiés par l'Institut canadien des comptables agréée (ICCA). Toutefois, les particularités ci-dessous doivent être tenues en compte :

1) **Comptabilité par fonds**

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les contributions au fonds d'immobilisations.

- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'agence aux dettes à court et à long terme, à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

1) **Comptabilité par fonds (suite)**

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

- L'Agence peut aussi, si certaines conditions sont réunies, se doter d'un fonds de stationnement pour y transférer les revenus nets de stationnement. Les conditions préalables à la création du fonds de stationnement et les utilisations possibles des montants qui y sont accumulés sont prévues dans la circulaire 03.01.10.12.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés

2) **Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec**

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance

Les principes énoncés ci-dessus s'appliquent aux fonds affectés des immobilisations et des équipements à l'égard des emprunts contractés au 1er avril 2000 concernant les enveloppes décentralisées (voir circulaire, codifiée 03.02.30.01).

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

3) Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales
  Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

- Activités accessoires
  Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

  Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

  Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

  Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

4) Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

5) Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

6) Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

7) Ristournes ou bonis bancaires

Les ristournes ou bonis accordés par les institutions financières prêteuses restent dans le fonds emprunteur. Dans le cas des fonds affectés des immobilisations et des équipements, ils sont appliqués contre les emprunts et les intérêts pris en charge par la Corporation d'hébergement du Québec.

8) Juste valeur des instruments financiers

L'Agence est dispensée de présenter à son rapport financier des informations sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 2 - CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 3 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 30 000 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 0,7340 % à la 0,4340 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2010 est de 28 062 525 $. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2013.

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 6 428 000 $ au taux des acceptations bancaires plus 0,30 %, lequel est de 0,4340 % en date du bilan. Cette marge de crédit est garantie par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le solde emprunté au 31 mars 2010 est de 5 363 270 $. La convention de crédit est renégociable le 30 juin 2010. Cet emtrunt est relié à la réalisation des travaux de réaménagement de deux étages de l'aile A du Pavillon Saint-Joseph et sert également à assurer la continuité des services pour les frais supplémentaires encourus par le CSSS de Trois-Rivières afin de relocaliser la clientèle hébergée au site de Cloutier-du-Rivage.

Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 4 - DETTE À LONG TERME

	2010	2009
Corporation d'hébergement Québec :		
Marge de crédit (CHQ) d'un montant autorisé de 89 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,30 % et venant à échéance le 31 mars 2023. Le taux des acceptations bancaires au 31 mars 2010 est de 0,4340 %.	68,336 $	277,715 $
Marge de crédit (CHQ), portant intérêt au taux des acceptations bancaires d'un mois + 0,30 % .Le taux des acceptations bancaires au 31 mars 2010 est de 0,4340 %	927,744	330,795
Financement-Québec :		
Emprunts de 101 380 196 $, remboursables par versements annuels variables de capital, échéant en mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	13,396,384	19,273,263
Emprunt de 16 701 600 $, remboursable par versements annuels de capital de 668 064 $ et un versement final de 7 348 704 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,306 % est payable semestriellement.	10,689,024	11,357,088
Emprunt de 13 917 356 $, remboursable par versements annuels de capital de 786 849 $ et un versement final de 6 048 863 $, échéant en novembre 2012. L'intérêt au taux de 6,064 % est payable semestriellement.	7,622,562	8,409,411
Emprunt de 4 966 274 $, remboursable par versements annuels de capital de 297 740 $ et un versement final de 202 437 $, échéant en avril 2019. L'intérêt au taux de 6,514 % est payable semestriellement.	2,882,096	3,179,835
Emprunt de 8 210 269 $, remboursable par versements annuels de capital de 483 603 $ et un versement final de 1 923 429 $, échéant en décembre 2015. L'intérêt au taux de 6,118 % est payable semestriellement.	4,341,445	4,825,048
Emprunt de 850 696 $, remboursable par versements annuels de capital de 34 028 $ et un versement final de 544 445 $, échéant en octobre 2012. L'intérêt au taux de 5,653 % est payable semestriellement.	612,501	646,529
Emprunt de 1 180 151 $, remboursable par versements annuels de capital de 168 593 $, échéant en octobre 2010. L'intérêt au taux de 4,753 % est payable semestriellement.	168,593	337,186
Emprunt de 12 343 281 $, remboursable par versements annuels de capital de 841 572 $ et un versement final de 8 135 423 $, échéant en décembre 2009. L'intérêt au taux de 4,823 % est payable semestriellement.	-	8,135,423
Sous-total	**40,708,685 $**	**56,772,293 $**

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 4 - DETTE À LONG TERME (suite)

	2010	2009
Sous-total	**40,708,685 $**	**56,772,293 $**
Emprunt de 9 853 297 $, remboursable par versements annuels de capital de 712 967 $ et un versement final de 5 575 492 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215 % est payable semestriellement.	6,288,459	7,001,427
Emprunt de 742 695 $, remboursable par versements annuels de capital de 29 708 $ et un versement final de 564 448 $, échéant en décembre 2011. L'intérêt au taux de 4,215 % est payable semestriellement.	594,156	623,864
Emprunt de 1 127 937 $, remboursable par versements annuels de capital de 45 117 $ et un versement final de 857 232 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408 % est payable semestriellement.	992,584	1,037,702
Emprunt de 2 078 938 $, remboursable par versements annuels de capital de 175 800 $ et un versement final de 1 024 139 $, échéant en mars 2014. L'intérêt au taux de 4,408 % est payable semestriellement.	1,551,538	1,727,338
Emprunt de 2 634 549 $, remboursable par versements annuels de capital de 105 382 $ et un versement final de 2 107 639 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478 % est payable semestriellement.	2,423,785	2,529,167
Emprunt de 6 777 363 $, remboursable par versements annuels de capital de 560 903 $ et un versement final de 3 972 847 $, échéant en septembre 2013. L'intérêt au taux de 4,478 % est payable semestriellement.	5,655,557	6,216,460
Emprunt de 353 487 $, remboursable par versements annuels de capital de 14 139 $ et un versement final de 282 790 $, échéant en décembre 2014. L'intérêt au taux de 3,222 % est payable semestriellement.	339,348	353,487
Emprunt de 12 213 084,85 $ auprès de Financement-Québec, portant intérêts au taux de 3,544 %, remboursable par annuité de 1 331 665 $ et un versement final de 4 297 924 $, intérêts en sus, garanti par une hypothèque mobilière sans dépossession portant sur la subvention qui sera accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, au nom du gouvernement du Québec, échéant en décembre 2016.	12,213,085	-
Total	**70,767,197 $**	**76,261,738 $**

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2011	6,898,630
2012	6,515,192
2013	5,866,342
2014	5,149,152
2015	4,389,529
	28,818,845 $

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 5 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2010, le taux de cotisation pour le RREGOP est de 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE de 10,54% .

NOTE 6 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 janvier 2016 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de location de l'exercice terminé le 31 mars 2010 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 902 823 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2011	503,623
2012	83,443
2013	83,443
2014	39,269
2015 et subséquentes	69,138
	778,916 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région du Haut-Saint-Maurice. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des trois prochains exercices sont les suivants :

2010-2011	50,000
2011-2012	50,000
2012-2013	50,000
	150,000 $

NOTE 7 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 8 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait présentement l'objet d'une réclamation judiciaire pour un montant qui totalise 2 130 852 $. L'Agence croit au bien-fondé de sa défense et continue à faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, qu'elle pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provosion ne figure aux états financiers. Toutefois, l'Agence, par l'entremise des crédits régionaux, devrait assumer cette somme.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2010

NOTE 8- FIDUCIE KINO-QUÉBEC

L'Agence est nommée gestionnaire de la Fiducie Kino-Québec depuis le 1er juillet 2002. Le rôle de l'Agence en tant qu'établissement fiduciaire est d'assurer une saine gestion de l'enveloppe annuelle qui lui est confiée pour la réalisation des priorités nationales retenues par le comité national.

Les opérations pour l'exercice terminé le 31 mars 2010, qui ne sont pas présentées dans le rapport financier, sont les suivantes :

	2010	2009
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	557,746 $	563,298 $
Ajustement exercice antérieur		-
	557,746 $	**563,298 $**
PROVENANCE		
MSSS	125,000 $	125,000 $
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	218,160	155,000
Revenus d'intérêts	1,888	8,230
Autres revenus	449	5,502
	345,497 $	**293,732 $**
ATTRIBUTIONS		
Bourse école active	167,586 $	175,640 $
Milieu scolaire - Outils	96,960	18,943
Vélo-Québec - Mon école à pied à vélo	-	1,000
Plaisirs d'hiver et sur glace	58,303	76,166
Municipalité active et autres	56,177	2,970
Soutien au réseau	33,729	19,565
Coordination - services achetés	5,000	5,000
Autres		-
	417,755 $	**299,284 $**
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	485,488 $	557,746 $
Encaisse disponible :		
Solde à attribuer à la fin de l'exercice	485,488 $	557,746 $
Comptes à recevoir	(161,060)	(5,152)
Comptes à payer	18,556	65,267
Encaisse disponible	342,984 $	617,861 $

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

ANNEXE A

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec lors de son assemblée du 18 juin 2003.

SECTION 1 - PRÉAMBULE

Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

Il se veut respectueux des principes et règles édictés par le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics décrété en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, ainsi que des dispositions pertinentes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le code doit informer les membres du conseil des obligations prévues aux différentes lois et règlements. Cette contrainte impose un certain calque de ces dispositions incontournables tout en les explicitant et illustrant en fonction du contexte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et des fonctions de ses administrateurs.

Les administrateurs placés devant un dilemme d'éthique peuvent bénéficier d'un service de support-conseil auprès du répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux sur ces questions.

SECTION 2 - BUT, OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

2.1 Le présent code a pour but de préserver et renforcer la confiance des citoyennes et citoyens des régions du Centre-du-Québec et de la Mauricie dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux, de favoriser la transparence, de responsabiliser les administrateurs, ainsi que de maintenir un haut niveau de qualité des services de santé et des services sociaux.

2.2 Conformément à l'article 35 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux.

2.3 Les principes d'éthique, devant servir de guide aux administrateurs afin de les aider à juger de la justesse de leurs comportements dans l'exercice de leur fonction, tiennent compte de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux, des valeurs qui sous-tendent son action ainsi que de ses principes généraux de gestion.

2.4 Les règles de déontologie font état des devoirs, obligations et responsabilités des administrateurs.

SECTION 3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.1 Les administrateurs, selon les statuts qui leurs sont propres, doivent dans l'exercice de leurs fonctions, respecter l'ensemble des principes d'éthique et des règles de déontologie qui leur sont applicables selon ces différents statuts.

3.2 En cas de divergence entre le présent code et les dispositions de la loi, du règlement ou d'autres codes d'éthique et de déontologie applicables à l'administrateur, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et règles.

3.3 L'administrateur ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

3.4 L'administrateur qui, à la demande de l'Agence de la santé et des services sociaux, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.

3.5 La présidence du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil.

3.6 L'Agence de la santé et des services sociaux doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations fournies par les administrateurs en application du présent code.

SECTION 4 - PRINCIPES D'ÉTHIQUE

4.1 L'administrateur est désigné pour contribuer, dans le cadre de son mandat, à la réalisation de la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens.

4.2 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et dans le respect du droit, avec soin, prudence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable.

4.3 La contribution de l'administrateur se fait avec honnêteté, loyauté, diligence, efficacité, assiduité et équité, dans l'intérêt de l'Agence de la santé et des services sociaux et de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.4 L'administrateur fait fi de toute pression ou influence indue dans l'exercice de ses fonctions.

4.5 L'administrateur témoigne d'un constant souci du respect du droit des personnes aux services de santé et aux services sociaux.

4.6 L'administrateur centre ses décisions et ses actions sur les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

4.7 L'administrateur veille à ce que l'organisation et la gestion du système régional de santé et de services sociaux assurent des services accessibles, intégrés et de qualité, tout en tenant compte des particularités régionales et des ressources disponibles, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

4.8 L'administrateur reconnaît que le fait d'être membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il ne peut laisser entendre le contraire.

4.9 L'administrateur s'abstient de toute forme de discrimination.

SECTION 5 - RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RELATIVES AUX TRAVAUX ET RÉUNIONS DU CONSEIL

L'administrateur doit :

5.1 Se préparer adéquatement et s'assurer de bien comprendre la portée des décisions à prendre.

5.2 S'assurer que les données pertinentes et les enjeux reliés à la prise de décision lui sont fournis.

5.3 S'assurer qu'il dispose de l'espace réflexif requis à l'égard des enjeux en cause.

5.4 S'assurer d'un suivi des décisions du conseil.

5.5 Se contraindre à la discrétion sur ce dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.6 Respecter à tout moment le caractère confidentiel des débats, échanges et discussions, ainsi que celui des informations écrites et verbales reçues.

5.7 Assister aux réunions du conseil et signifier son absence en cas d'empêchement.

5.8 Respecter les règles régissant la procédure des réunions du conseil, reconnaître l'autorité de la présidence et la souveraineté de l'assemblée.

5.9 Participer aux travaux dans un esprit de concertation, poser, le cas échéant, les questions nécessaires à sa bonne compréhension, exprimer son opinion, chercher à influencer et accepter d'être influencé par l'opinion de ses collègues.

5.10 Conserver une attitude de respect et de dignité face aux différents publics.

5.11 Préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

5.12 Traiter toute personne avec courtoisie et respect.

5.13 Ne jamais porter atteinte à la vie privée d'une personne.

5.14 Éviter de tenir des propos susceptibles d'entacher la réputation d'une personne.

5.15 Être loyal et honnête envers ses collègues et le personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux et maintenir des relations empreintes de bonne foi. En conséquence :

- respecter leurs droits et privilèges;
- reconnaître leur probité;
- ne jamais se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- demander le huis clos avant d'exprimer un doute sur leur intégrité et bonne foi.

5.16 Attendre le moment du débat pour exprimer son opinion.

5.17 Voter lorsque requis ou signifier son abstention.

5.18 Éviter de se substituer aux porte-parole officiels de l'Agence de la santé et des services sociaux et transmettre fidèlement, le cas échéant, les orientations générales de l'Agence et s'abstenir de tout commentaire susceptible de porter atteinte à sa réputation.

B) RELATIVES À LA PARTISANERIE

5.19 L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

5.20 La présidence et la présidence-direction générale doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

5.21 L'administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président.

5.22 La présidence et la présidence-direction générale doivent informer le secrétaire général du conseil exécutif de leur intention de présenter leur candidature à une charge publique élective.

5.23 La présidence et la présidence-direction générale doivent se démettre de leurs fonctions s'ils veulent se porter candidat à une charge publique élective.

C) RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'administrateur doit :

5.24 Faire preuve d'indépendance, agir à titre personnel, et ne représenter d'aucune façon les intérêts particuliers des personnes, groupes, organismes, associations ou territoires desquels il est issu. L'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme ayant proposé sa candidature pour fin de désignation au conseil.

5.25 Dénoncer par écrit au président du conseil tout intérêt, direct ou indirect, actuel ou éventuel, dans un organisme, une entreprise ou une association qui met ou pourrait mettre en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.26 S'abstenir, le cas échéant, de siéger et de participer à toute délibération ou décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt personnel et se retirer pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question. Conformément à l'article 5.24 du présent code, l'administrateur n'est pas en conflit d'intérêts du seul fait que le proposeur de sa candidature soit concerné par la question.

5.27 S'abstenir, dans le cas de la présidence-direction générale, d'avoir un intérêt direct ou indirect mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence de la santé et des services sociaux et, si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, y renoncer ou en disposer avec diligence.

5.28 Organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

5.29 Dissocier de l'exercice de ses fonctions, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

5.30 Éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

5.31 S'abstenir d'utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

5.32 S'abstenir ni tenter de prendre connaissance d'une information confidentielle de l'Agence de la santé et des services sociaux qui n'est pas requise dans l'exercice de ses fonctions.

5.33 Éviter de confondre les biens de l'Agence de la santé et des services sociaux avec les siens et de les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

5.34 Refuser toute rémunération ou indemnisation non prévues pour l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

5.35 Refuser tout cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage qui ne serait pas d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.

5.36 S'abstenir d'accorder, solliciter, exiger ou accepter, directement ou indirectement, une faveur, un avantage ou considération indue pour lui-même ou pour un tiers.

5.37 Éviter, dans la prise de ses décisions, de se laisser influencer par des offres d'emploi.

D) RELATIVES À L'APRÈS-MANDAT

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit :

5.38 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au sein du conseil de l'Agence de la santé et des services sociaux.

5.39 Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

5.40 S'abstenir de donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence de la santé et des services sociaux, un établissement ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

5.41 S'abstenir, dans l'année qui suit la fin de son mandat, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence de la santé et des services sociaux est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

SECTION 6 - PROCESSUS D'EXAMEN ET DE SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou toute autre disposition prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut être sanctionné.

6.2 Tout administrateur qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code doit en saisir le président du conseil ou le vice-président, si le président est en cause.

6.3 Si le président du conseil, ou le vice-président, arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement ou omission, il doit en informer sans délais le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles du chapitre du Règlement relatif au processus disciplinaire.

6.4 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

6.5 L'administrateur éventuellement informé qu'une enquête est tenue à son sujet doit s'abstenir de communiquer, directement ou indirectement, avec la personne qui aurait demandé la tenue de l'enquête.

6.6 L'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans le cas présumé de faute grave.

6.7 L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

SECTION 7 - IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi, les personnes qui dénoncent un manquement ou une omission relative au présent code.

SECTION 8 - DIFFUSION DU CODE ET INFORMATION DU PUBLIC

8.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence de la santé et des services sociaux doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

8.3 Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux doit faire état pour l'année écoulée :
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- du nombre et de la nature des manquements constatés;
- des décisions et sanctions imposées;
- du nom des administrateurs révoqués ou suspendus.

SECTION 9 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

9.1 L'Agence de la santé et des services sociaux doit fournir un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à chacun des membres du conseil d'administration et lui en expliquer la teneur.

9.2 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe A.

9.3 Dès son entrée en fonction, tout membre du conseil doit remplir, signer et remettre la déclaration d'intérêts et doit amender cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION 10 - MODALITÉS TRANSITOIRES

Dans les trente jours de l'adoption du présent code, les membres du conseil d'administration doivent remplir et signer l'ensemble des annexes prévues.

CENTRE ADMINISTRATIF
550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-3627

BUREAU
570, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2B 1C1
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

www.agencesss-cq.qc.ca

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Québec